附件6

杭州市“最美敬老爱老助老医护”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（周岁） |  | （2寸免冠彩色照片） |
| 民族 |  | 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 身体状况 |  |
| 联系地址 |  | 联系方式 |  |
| 事迹简介（1000字以内）：  本人签名：  |
| 单位意见 | （签章）年 月 日 |
| 主管部门意见 | （签章） 年 月 日 |