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 | | | | | |