附件：

苏北人民医院“120年·120人”名誉职工申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 国籍、籍贯 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 学历 |  | 职务/职称 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 联系邮箱 |  | | |
| 主要贡献 | | | | |
| 主要贡献：（不超过1500字，其他材料可附页） | | | | |
| 评选工作小组审核意见：  （签章）  年 月 日 | | | | |