附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 请使用电子版相片 |
| 文化程度 |  | 政治  面貌 |  | 职务或职称 | |  | |
| 身份证号 |  | | 户籍所在地 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 所在单位推荐意见 | 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 主管单位复核意见 | 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 省卫生健康委审批意见 | 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

贵州省山地紧急医学救援队伍人员推荐审批表

附件2

贵州省山地紧急医学救援队伍出动申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 队伍名称 |  | | |
| 事 由 |  | | |
| 调派人员 |  | | |
| 出动车辆 |  | | |
| 地 点 |  | | |
| 申 请 人 |  | 申请时间 | 年 月 日 |
| 主管部门审核  意见 | 年 月 日 | | |
| 省卫生健康委  审批意见 | 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |