**附件4**

**优秀医疗跑者推荐表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | | 身份证签发机关 |  | |
| 联系方式 |  | | 微信/QQ号 |  | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 2018年陕西省田径协会共同主办或承办赛事完赛证明 | | | □有（附复印件）□无 | | |
| 医师证件  培训证书 | □有（附复印件）□无 | | | | |
| 医疗跑者  经历 | 300字以内（可另附） | | | | |
| 跑步照片 | （可另附） | | | | |
| 推荐单位 | 盖章  年 月 日 | | | | |
| 初审意见 |  | | | | |