附件3

**首届全科医学临床教师教学比赛选手推荐表**

**推荐单位： （盖章） 填表人： 联系方式：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **参赛课程名称** | **姓名** | **性别** | **出生年月** | **所在单位** | **所属学科** | **职称** | **联系电话** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：所属学科填写临床医学二级学科即可，如内科学、外科学、妇产科学、儿科学等。