附件2

**山西医科大学口腔医院进修专家推荐表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推荐人姓名 |  | 专业技术职称 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 被推荐人姓名 |  | 从事专业 |  |
| 推荐人签名：  年 月 日 | | | |

注：需山西医科大学附属医院副高及以上职称者推荐，推荐内容应包含无医疗事故记录且进修期间遵守我院相关规章制度。

若因疫情原因无法于申请材料提交时限内提交专家推荐表，可宽限至进修报到时提交。