附件：冷冻电镜室副主任推（自）荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 部门 |  |
| 推（自）荐理由： | | | | | |
| 推（自）荐人签名： 日期：2023年9月 日 | | | | | |