附件3

**全国卫生计生系统**

**先 进 集 体 推 荐 审 批 表**

集体名称

推荐单位

表彰层次 省部级

填报时间： 年 月 日

**填表说明**

1. 本表是全国卫生计生系统先进集体推荐用表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格；
2. 本表一律打印填写，不得随意更改格式，使用仿宋小四号字，数字统一使用阿拉伯数字；
3. 本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章;
4. 集体名称、集体负责人姓名和职务、集体所属单位等必须填写准确;
5. 集体性质根据被推荐集体性质选填机关、参公单位、事业单位或其他，没有行政级别的集体在集体级别栏填写“无”；
6. 集体所在行政区划须精确到县、区；
7. 临时集体应在集体名称后标注（临时集体）；
8. 综合表现字数控制在300字以内；
9. 主要事迹要写明该项工作在本地区、本行业的水平，以及该集体的职责和作用等，文字要求准确精炼，字数控制在1500字以内。
10. 本表上报一式5份，规格为A4纸。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集体名称 | |  | | | | |
| 集体性质 | |  | 集体级别 | |  | |
| 集体人数 | |  | 集体所在行政区划 | |  | |
| 集体所属单位 | |  | | | | |
| 集体负责人姓名 | |  | 集体负责人联系电话 | |  | |
| 集体负责人单位职务 | |  | | | | |
| 集体负责人单位电话 | |  | 集体负责人单位邮编 | |  | |
| 集体负责人单位地址 | |  | | | | |
| 拟授予荣誉 | |  | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  奖励 | |  | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  处分 | |  | | | | |
| 综合表现 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 主要事迹 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 集体所属单位意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 各级人力资源社会保障部门、卫生计生部门推荐审核意见 | | | | |
| 县级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | |
| 市（地）级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | |
| 省级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | |
| 人力资源社会保障部、国家卫生计生委  审批意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | |