附件2

**全国卫生计生系统先进集体初审推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集体  名称 |  | | | | | | | 负责人 | | |  | | | |
| 集体  级别 |  | 集体所  属单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 政治  表现 | 坚决拥护中国共产党的领导，在思想上、行动上与党中央保持高度一致。 | | | | | | | | | | | | | 是 □  否 □ |
| 班子  作风 | 领导团队坚持党的群众路线、深入调查研究，团队关系和谐向上、工作机制科学健全。 | | | | | | | | | | | | | 是 □  否 □ |
| 遵纪  守法 | 严格遵守中央八项规定精神，模范遵守宪法及法律、法规。 | | | | | | | | | | | | | 是 □  否 □ |
| 主要  成绩  1 | 主要内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 交办单位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 任务层级 | 国家级 □ | | 省部级 □ | | | 市县级及以下 □ | | | | | 本单位 □ | | |
| 承担角色 | 主要领导□ | 参与领导 □ | | | 全面负责 □ | | | 部分负责 □ | | | | 具体执行 □ | |
| 完成情况 | 圆满完成 □ | | | 基本完成 □ | | | | | 尚未完成 □ | | | | |
| 主要  成绩  2 | 主要内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 交办单位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 任务层级 | 国家级 □ | | 省部级 □ | | | 市县级及以下 □ | | | | | 本单位 □ | | |
| 承担角色 | 主要领导□ | 参与领导 □ | | | 全面负责 □ | | | 部分负责 □ | | | | 具体执行 □ | |
| 完成情况 | 圆满完成 □ | | | 基本完成 □ | | | | | 尚未完成 □ | | | | |
| 主要  成绩  3 | 主要内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 交办单位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 任务层级 | 国家级 □ | | 省部级 □ | | | 市县级及以下 □ | | | | | 本单位 □ | | |
| 承担角色 | 主要领导□ | 参与领导 □ | | | 全面负责 □ | | | 部分负责 □ | | | | 具体执行 □ | |
| 完成情况 | 圆满完成 □ | | | 基本完成 □ | | | | | 尚未完成 □ | | | | |
| 荣誉  基础 | （至多填写三项） | | | | | | | | | | | | | |
| 补充  说明 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 该集体上述情况真实准确，同意推荐。  签字人：  （推荐对象所在单位负责人） （盖 章） | | | | | | | | | | | | | | |
| 情况属实，同意推荐。  签字人：  （省级评选机构负责人） （盖 章） | | | | | | | | | | | | | | |