附件5

**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 |  |
| 拟授予荣誉称号 |  |
| 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 |