附件3

全省卫生健康系统先进集体

审 批 表

（2016年—2019年）

 集体名称

推荐单位

 填报时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 集体名称 |  |
| 集体人数 |  | 集体单位性质 |  |
| 集体单位级别 |  | 临时集体标识 |  |
| 集体负责人姓名 |  | 集体负责人单位电话 |  |
| 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 |  |
| 基本情况和主要先进事迹 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级人力资源社会保障部门、卫生健康部门意见 | （人力资源社会保障部门盖章） （卫生健康部门盖章）年 月 日 年 月 日 |
| 设区市人力资源社会保障部门、卫生健康部门审核意见 |  （人力资源社会保障部门盖章） （卫生健康部门盖章）年 月 日 年 月 日 |
| 省级人力资源社会保障部门、卫生健康部门审批意见 |  （人力资源社会保障部门盖章） （卫生健康部门盖章）年 月 日 年 月 日 |