附件4

全省卫生健康系统先进工作者

审 批 表

（2016年—2019年）

姓 名

工作单位

推荐单位

 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（近期2寸正面半身免冠蓝底彩色照片） |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 籍贯 |  | 户籍地 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 身份证号码 |  | 学位 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 参加本系统工作日期 |  |
| 工作单位地址 |  | 工作单位邮编 |  |
| 工作单位联系电话 |  | 个人联系电话 |  |
| 拟授予荣誉称号 |  |
| 个人简历 |  |
| 何时何地受过何种奖励 |  |
| 何时何地受过何种处分 |  |
| 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 |