附件3

爱国卫生运动70周年先进集体

推 荐 审 批 表

集体名称

推荐单位

表彰层次 临时性省部级

填报时间：2022年 月 日

填 表 说 明

一、本表是爱国卫生运动70周年先进集体推荐用表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格。

二、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。

三、本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章。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。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、企业、社团或其他。没有行政级别的集体在集体级别栏填写“无”。

四、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 |  |
| 集体所属单位 | |  | | | | |
| 集体负责人  姓 名 |  | 集体负责人  职 务 |  | 集体负责人  联系电话 |  | |
| 集体单位地址 | |  | | 集体单位  邮编 |  | |
| 集体单位联系人 | |  | | 集体单位  联系电话 |  | |
| 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（2000字） | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 集体所属单位意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 县级爱卫会意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 地市级（区）爱卫会  意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 省级爱卫会  意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 全国爱卫会  审批意见 | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |