附件3

**全国卫生计生系统先进集体、先进工作者和劳动模范及**

**“白求恩奖章”获得者初审推荐对象汇总表**

推荐单位： 填表日期： 年 月 日

一、全国卫生计生系统先进集体初审推荐对象汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 先进集体名称 | 集体性质 | 集体级别 | 集体人数 | 集体负责人姓名及职务 | 集体所属单位名称 | 联系人及电话 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、全国卫生计生系统先进工作者和劳动模范及“白求恩奖章”获得者初审推荐对象汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 政治  面貌 | 学历  学位 | 工作单位 | 单位  性质 | 职务 | 行政级别 | 职称 | 身份证号 | 联系电话 | 通信地址 | 邮编 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.请按照推荐顺序填写。

2.拟推荐为劳动模范或“白求恩奖章”获得者的人选请在备注栏注明。

联系人： 联系电话： 传真：