附件4

第六届三秦最美卫生健康团队候选推荐汇总表

# （按照推荐优先顺序排序）

报送单位（盖章）： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 团队名称 | 所属单位 | 人数 | 团队负责人 | 职务/职称 | 简要事迹  （100字至150字左右） |
|  |  |  |  |  |  | **填写要求：团队事迹总结+所获荣誉奖励** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |