附件3

全国卫生健康系统先进集体、先进工作者及

“白求恩奖章”获得者推荐对象汇总表

推荐单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

一、全国卫生健康系统先进集体推荐对象汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 排序 | 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、全国卫生健康系统先进工作者及“白求恩奖章”获得者推荐对象汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 排序 | 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 | 通讯地址（邮编） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.请按照推荐顺序填写。

2.单位性质根据所在单位性质选填“机关”、“参公”、“事业”、“企业”、“社团”、“其他”。

3.拟推荐为“白求恩奖章”获得者的人选请在备注栏注明。

4.曾获得省部级以上称号的推荐对象，请在备注栏中注明。

5.表格不够可加页，写不下可调整行高，每页均需加盖单位公章。

联系人： 联系电话： 传真：

附件4

全国卫生健康系统先进集体

初审推荐登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | |
| 主要先进事迹简介（1500字左右） | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 集体所属  单位意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |
| 推荐单位意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |

填 表 说 明

一、本表是全国卫生健康系统先进集体初审推荐登记表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格。

二、本表一律用计算机打印填写，不得随意更改格式或改变原表版式，使用仿宋小四号字，数字统一使用阿拉伯数字，一式5份，规格为A4纸双面打印。

三、所有表格内容请如实准确规范填写，不可空白，没有请填“无”。

四、集体名称要从省级行政区划开始如实填写。

五、集体性质填写机关/参公单位/事业单位/企业/社团/其他。

六、集体所属单位要如实填写上级行政主管部门。

七、集体单位地址要从省级行政区划开始如实填写。

八、集体单位联系电话要加区号，如“010-XXX”。

九、何时何地受过何种奖励，请分国家级、省部级、地级市奖励填写，例如国家级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；省部级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；地市级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”。国家级奖励是以党中央、国务院、中央军委名义单独或者联合开展的表彰奖励；省部级奖励是以中央和国家机关，各省、自治区、直辖市党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励；市县级表彰奖励是以省级工作部门，市、县级党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励。具体表彰奖励级别请咨询奖励颁授单位。

十、主要先进事迹，请以第三人称表述，要求文字通顺、事迹突出，请围绕工作实际，用典型事例说话，分清层次，逻辑清晰，1500字左右。

十一、本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章。在所在单位意见和推荐部门意见栏均须填写相关意见，如“同意推荐”。

附件5

全国卫生健康系统先进工作者

初审推荐登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | |
| 民 族 | |  | | 出生日期 |  | | | |
| 籍 贯 | |  | | 户 籍 地 |  | | | |
| 政治面貌 | |  | | 身份标识 |  | | | |
| 学 历 | |  | | 学 位 |  | | | |
| 证件类型 | |  | | 证件号码 |  | | | |
| 工作单位 | |  | | 职 务 |  | 职 称 | |  |
| 工作单位  性 质 | |  | | 工作单位隶属关系 |  | | | |
| 工作单位  地 址 | |  | | 工作单位  邮 编 |  | | | |
| 工作单位  联系人 | |  | 工作单位  联系电话 |  | 本人联系电话 | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | |
| 何时何地  受过何种  奖励 | |  | | | | | | |
| 何时何地  受过何种  处分 | |  | | | | | | |
| 主要先进事迹简介（1500字左右） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 推荐单位意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |

填 表 说 明

一、本表是全国卫生健康系统先进工作者初审推荐登记表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格。

二、本表一律用计算机打印填写，不得随意更改格式或改变原表版式，使用仿宋小四号字，数字统一使用阿拉伯数字，一式5份，规格为A4纸双面打印。

三、所有表格内容请如实准确规范填写，不可空白，没有请填“无”。

四、姓名填写被推荐者现用名。

五、出生日期填写某年.某月.某日,例如1970.05.26。

六、籍贯填写XX省XX市XX区（县）。

七、户籍地填写请与户口登记簿的地址一致。

八、身份标识填写干部/专业技术人员/企业管理人员/其他。

九、学历填写初中/高中/大学专科/大学本科/研究生。

十、学位填写XX学学士/XX学硕士/XX学博士，如无填“无”。

十一、工作单位填写被推荐者目前所在单位的全称。

十二、职称、职务等要按照国家有关规定详细填写。工作单位性质填写机关/参公单位/事业单位/企业/社团/其他。

十三、工作单位隶属关系，根据所在单位的管辖隶属关系可选择填写“中央，省，市、地区，县”。

十四、工作单位地址须如实填写，要从省级行政区划开始填写。

十五、工作单位联系电话填写请加区号。

十六、个人简历须从学徒或初中毕业填写，精确到月，不得断档。例如“19XX.06至19XX.10 北京XX医院 XX外科 主任医师 具体从事XX工作”。

十七、何时何地受过何种奖励，请分国家级、省部级、地级市奖励填写，例如国家级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；省部级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；地市级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”。国家级奖励是以党中央、国务院、中央军委名义单独或者联合开展的表彰奖励；省部级奖励是以中央和国家机关，各省、自治区、直辖市党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励；市县级表彰奖励是以省级工作部门，市、县级党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励。具体表彰奖励级别请咨询奖励颁授单位。

十八、主要先进事迹，请以第三人称表述，要求文字通顺、事迹突出，请围绕工作实际，用典型事例说话，分清层次，逻辑清晰，1500字左右。

十九、本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章。在所在单位意见和推荐部门意见栏均须填写相关意见，如“同意推荐”。

附件6

全国卫生健康系统先进集体

推 荐 审 批 表

集体名称

推荐单位

表彰层次 省部级

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（1500字左右） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 集体所属单位意见 | | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 各级人力资源社会保障部门、卫生健康部门、中医药部门、疾控部门审核（审批）意见 | | | | | | | | | | |
| 县 级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | |
| 地市级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | |
| 省 级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | |
| 人力资源社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局审批意见 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | |

填 表 说 明

一、本表是全国卫生健康系统先进集体推荐审批表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格。

二、本表一律用计算机打印填写，不得随意更改格式或改变原表版式，使用仿宋小四号字，数字统一使用阿拉伯数字，一式5份，规格为A4纸双面打印。

三、所有表格内容请如实准确规范填写，不可空白，没有请填“无”。

四、集体名称要从省级行政区划开始如实填写。

五、集体性质填写机关/参公单位/事业单位/企业/社团/其他。

六、集体所属单位要如实填写上级行政主管部门。

七、集体单位地址要从省级行政区划开始如实填写。

八、集体单位联系电话要加区号，如“010-XXX”。

九、何时何地受过何种奖励，请分国家级、省部级、地级市奖励填写，例如国家级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；省部级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；地市级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”。国家级奖励是以党中央、国务院、中央军委名义单独或者联合开展的表彰奖励；省部级奖励是以中央和国家机关，各省、自治区、直辖市党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励；市县级表彰奖励是以省级工作部门，市、县级党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励。具体表彰奖励级别请咨询奖励颁授单位。

十、主要先进事迹，请以第三人称表述，要求文字通顺、事迹突出，请围绕工作实际，用典型事例说话，分清层次，逻辑清晰，1500字左右。

十一、本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章。在集体所属单位意见和各级部门审核（审批）意见栏内均须根据实际情况填写相关意见，如“同意推荐”。

附件7

全国卫生健康系统先进工作者

推 荐 审 批 表

姓 名

工作单位

推荐单位

表彰层次 省部级

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | | 照片  （近期2寸正面半身免冠白底彩色照片） | |
| 民 族 |  | | 出生日期 |  | | |
| 籍 贯 |  | | 户 籍 地 |  | | |
| 政治面貌 |  | | 身份标识 |  | | |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | | |
| 证件类型 |  | | 证件号码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | 职 务 |  | 职 称 | | |  |
| 工作单位  性 质 |  | | 工作单位隶属关系 |  | | | | |
| 工作单位  地 址 |  | | 工作单位  邮 编 |  | | | | |
| 工作单位  联系人 |  | 工作单位  联系电话 |  | 本人联系电话 | |  | | |
| 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（1500字左右） | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 所在单位意见 | | | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | |
| 各级人力资源社会保障部门、卫生健康部门、中医药部门、疾控部门审核（审批）意见 | | | | | | |
| 县 级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 |
| 地市级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 |
| 省 级 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 |
| 人力资源社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局审批意见 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 | 签字人：  （盖章）  年 月 日 |
| 有效身份证件和职称证书粘贴处 | | | | | | |
|  | | | | | | |

填 表 说 明

一、本表是全国卫生健康系统先进工作者推荐审批表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格。

二、本表一律用计算机打印填写，不得随意更改格式或改变原表版式，使用仿宋小四号字，数字统一使用阿拉伯数字，一式5份，规格为A4纸双面打印。

三、封面部分姓名填写被推荐者现用名，工作单位填写被推荐者目前所在单位的全称，推荐单位填写推荐者所在省份或单位全称。

四、所有表格内容请如实准确规范填写，不可空白，没有请填“无”。

五、出生日期填写某年.某月.某日,例如1970.05.26。

六、籍贯填写XX省XX市XX区（县）。

七、户籍地填写请与户口登记簿的地址一致。

八、身份标识填写干部/专业技术人员/企业管理人员/其他。

九、学历填写初中/高中/大学专科/大学本科/研究生。

十、学位填写XX学学士/XX学硕士/XX学博士，如无填“无”。

十一、职称、职务等要按照国家有关规定详细填写。工作单位性质填写机关/参公单位/事业单位/企业/社团/其他。

十二、工作单位隶属关系，根据所在单位的管辖隶属关系可选择填写“中央，省，市、地区，县”。

十三、工作单位地址须如实填写，要从省级行政区划开始填写。

十四、工作单位联系电话填写请加区号。

十五、个人简历须从学徒或初中毕业填写，精确到月，不得断档。例如“19XX.06至19XX.10 北京XX医院 XX外科 主任医师 具体从事XX工作”。

十六、何时何地受过何种奖励，请分国家级、省部级、地级市奖励填写，例如国家级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；省部级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”；地市级奖励：XX年XX月，被XX部门授予“XXXX”。国家级奖励是以党中央、国务院、中央军委名义单独或者联合开展的表彰奖励；省部级奖励是以中央和国家机关，各省、自治区、直辖市党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励；市县级表彰奖励是以省级工作部门，市、县级党委和政府名义单独或者联合开展的表彰奖励。具体表彰奖励级别请咨询奖励颁授单位。

十七、主要先进事迹，请以第三人称表述，要求文字通顺、事迹突出，请围绕工作实际，用典型事例说话，分清层次，逻辑清晰，1500字左右。

十八、有效身份证件和职称证书粘贴处，身份证正反面复印件粘贴，如有相关证书复印件须粘贴。

十九、本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章。在所在单位意见和各级部门审核（审批）意见栏内均须根据实际情况填写相关意见，如“同意推荐”。

附件8

全国卫生健康系统先进集体征求意见表

集体名称： 集体所属单位：

|  |  |
| --- | --- |
| 组织人事部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |
| 纪检监察部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |
| 公安部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |

**备注：**1.推荐对象为机关事业单位的须按管理权限填写此表。其中，公安部门意见须征求省级公安部门意见。

2.此表一式5份，随先进集体推荐审批表一并报送。

附件9

全国卫生健康系统先进工作者征求意见表

姓名： 单位： 职务：

|  |  |
| --- | --- |
| 组织人事部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |
| 纪检监察部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |
| 公安部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 |

**备注：**1.推荐对象为机关事业单位干部的须按管理权限填写此表。其中，公安部门意见须征求省级公安部门意见。

2.此表一式5份，随先进工作者推荐审批表一并报送。

附件10

企业征求意见表

企业名称： 企业负责人：

|  |  |
| --- | --- |
| 纪检（监察）部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 审计部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 市场监管部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 税务部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 生态环境部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 人力资源社会保障部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 应急管理部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 公安部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 组织人事部门或统战部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 工商联部门意见：  （盖章）  年 月 日 |

备注：1.推荐对象为企业的根据实际情况填写此表。

2.此表一式5份，随先进集体推荐审批表一并报送。

附件11

企业负责人征求意见表

姓 名： 职 务：

企业名称： 企业类型：

|  |  |
| --- | --- |
| 纪检（监察）部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 审计部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 市场监管部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 税务部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 生态环境部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 人力资源社会保障部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 应急管理部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 公安部门意见：  （盖章）  年 月 日 |
| 组织人事部门或统战部门意见：  （盖章）  年 月 日 | 工商联部门意见：  （盖章）  年 月 日 |

备注：1.推荐对象为企业负责人的根据实际情况填写此表。

2.此表一式5份，随先进工作者推荐审批表一并报送。