附件4

**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**

**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

**填表说明**

1. 本表是全国卫生计生系统先进工作者和劳动模范及“白求恩奖章”获得者推荐用表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格；
2. 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；
3. 本表盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章;
4. 籍贯填写格式为XX省XX市XX县，工作单位填写全称，工作单位行政区划精确到县、区；
5. 职务职称等要按照国家有关规定详细填写，专业技术职务根据个人的专业技术职务级别选填正高级专业技术职务、副高级专业技术职务、中级专业技术职务或初级专业技术职务，并提供相关证明材料复印件；
6. 从业状态根据个人状态选填在业、退休、死亡或其他；
7. 身份标识根据个人状态选择填干部、专业技术人员或其他；
8. 所在单位性质根据所在单位性质选填机关、参公单位、事业单位或其他；
9. 所在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，镇、乡或其他；
10. 简历从学徒或初中毕业填起，精确到月，不得断档；
11. 综合表现内容包括政治、思想、工作态度、纪律等，字数控制在300字以内；
12. 主要事迹要写明该项工作在本地区、本行业的水平，以及本人的职责和作用等，文字要求准确精炼，字数控制在2000字以内。
13. 何时何地受过何种奖励指曾获得的地市级以上奖励；
14. 随表另行报送先进工作者和劳动模范2寸蓝底彩色证件照5张（附电子版），此表上报一式5份，规格为A4纸。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 身份标识 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 主要兼任职务 |  | 行政级别 |  |
| 专业技术职务 |  | 技术等级 |  |
| 职称 |  | 职称等级 |  |
| 参加工作日期 |  | 从业状态 |  |
| 工作单位性质 |  | 工作单位行业系统 |  |
| 工作单位隶属关系 |  | 工作单位行政区划 |  |
| 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 | 请在本审批表后，随附有效身份证件和职称证书复印件（A4纸） |
| 何时何地受过何种奖励 |  |
| 何时何地受过何种处分 |  |
| 综合表现 |
|  |
| 主要事迹 |
|  |
|  |
| 所在单位职工（代表）会议意见 | 所在单位意见 |
| 出席会议人，其中:同意 人，反对 人，弃权 人签字人： （盖 章）年 月 日 | 签字人：（盖 章）年 月 日 |
| 各级人力资源社会保障部门、卫生计生部门推荐审核意见 |
| 县级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 签字人：（盖 章）年 月 日 | 签字人：（盖 章）年 月 日 |
| 市（地）级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 签字人：（盖 章）年 月 日 | 签字人：（盖 章）年 月 日 |
| 省级人力资源社会保障部门、卫生计生部门意见 | 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、国家卫生计生委审批意见 | 签字人：（盖 章）年 月 日 | 签字人：（盖 章）年 月 日 |