附件2

**全国消除疟疾工作先进集体**

**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

**填表说明**

1. 本表是全国消除疟疾工作先进集体推荐用表，必须如实填写，不得作假，违者取消评选资格；
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. 本表中盖章栏均需要相关负责人签字确认并加盖公章;
4. 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;
5. 集体性质根据被推荐集体性质选填机关、参公单位、事业单位或其他，没有行政级别的集体在集体级别栏填写“无”；
6. 集体所在行政区划须精确到县、区；
7. 临时集体应在集体名称后标注（临时集体）；
8. 主要事迹要突出在消除疟疾工作中的作用和效果等，文字要求准确精炼，字数控制在600字左右；
9. 本表上报一式7份，规格为A4纸。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集体名称 |  | | | | |
| 集体性质 |  | | 集体级别 | |  |
| 集体人数 |  | | 集体所在行政区划 | |  |
| 集体所属单位 |  | | | | |
| 集体负责人  姓名 |  | | 集体负责人联系电话 | |  |
| 集体负责人  单位职务 |  | | | | |
| 集体负责人  单位电话 |  | | 集体负责人单位邮编 | |  |
| 集体负责人  单位地址 |  | | | | |
| 拟授予称号 |  | | | | |
| 主 要 事 迹 | | | | | |
|  | | | | | |
| 集体所属单位意见 | 签字人：  （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 推荐部门意见 | 签字人：  （盖 章）  年  月 日 | | | | |
| 国家卫生健康委、海关总署、国家中医药局审批意见 | | | | | |
| 签字人：  （盖 章）  年  月  日 | | 签字人：  （盖 章）  年  月  日 | | 签字人：  （盖 章）  年  月  日 | |