附件2 **全国麻风防治先进集体推荐书**

一、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | 主管部门 |  |
| 单位类别 | |  | | | | | 单位类别 |  |
| 单位地址 | |  | | | | | 行政区划 |  |
| 联系人 | |  | 手 机 | |  | | 传 真 |  |
| 电子邮箱 | |  | | 电 话 |  |
| 单位  负  责  人 | 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 国 籍 |  |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  | | 政治面貌 |  |
| 工作单位及职务 |  | | | | | | |
| 行政级别 |  | 最高学历 | |  | | 最高学位 |  |
| 专业技术职务 |  | 证件号码 | |  | | 证件类型 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  |
| 电 话 |  | | 手 机 | |  | 电子邮箱 |  |
| 单位事迹简介 | 主要成绩和贡献（1000字以内） | | | | | | | |

二、候选单位声明

|  |
| --- |
| 1.负责人声明（信息是否真实可靠，是否同意推荐）  （签字）  年 月 日 |

**三**、推荐渠道意见（对候选单位成就、贡献和学风道德的评价，限300字以内）

|  |
| --- |
| 推荐渠道负责人签字：  推荐渠道盖章  年 月 日 |

四、审批意见

|  |
| --- |
| 。  中国麻风防治协会  （盖章）  年 月 日 |