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 |