附件 4

省级卫生先进单位申报表

<table>
<tr><td colspan="2">申 报 单 位 名 称（盖章）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>单位性质</td><td colspan="2"></td><td>主管部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>职工人数</td><td></td><td>单位责任人</td><td></td><td>单位电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">单 位 申 报 时 间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">获州级卫生先进单位称号时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>基本
情况
及
工作
成效</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

所在乡镇推荐意见	年　　月　　日（盖章）
县市爱卫办初审意见	年　　月　　日（盖章）
州爱卫办评审意见	年　　月　　日（盖章）

注：1. 本表一式三份，分别报县市、州爱卫办一份，本单位留存一份。

2. 有关创建申报材料留存各县市爱卫办备查。