附件 5

省级卫生先进单位复审申报表

<table>
<tr><td colspan="2">申 报 单 位 名 称（盖章）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>单位性质</td><td colspan="2"></td><td>主管部门</td><td colspan="2"></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></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">单 位 复 审 申 报 时 间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">获省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="5"></td></tr>
</table>

所在乡镇复审意见	年　　月　　日（盖章）
县市爱卫办复审意见	年　　月　　日（盖章）
州爱卫办复审意见	年　　月　　日（盖章）