附件4-1.

全国麻风防治先进工作者汇总表

推荐单位（盖章）： 联系人: 联系电话： 手机： 电子信箱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位及职务 | 手机（必填） | 电子信箱（必填） | 简 要 事 迹（不超过300字） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

注：请逐项认真填写，可另加页。

附件4-2.

全国麻风防治先进集体汇总表

推荐单位（盖章）： 联系人: 联系电话： 手机： 电子信箱：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 先进单位名称 | 单位地址 | 邮编 | 单位法人姓名 | 联系电话及手机（必填） | 简 要 事 迹（不超过300字） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

注：请逐项认真填写，可另加页。