附件3-4

全区卫生计生系统记二等功候选集体、候选人主要事迹情况表

**推荐单位（盖章）：** 填报日期： 年 月 日

一、记二等功候选集体主要事迹情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 集体名称 | 主要获奖情况 | 主要事迹简介（200字以内） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

二、记二等功候选人主要事迹情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 工作单位及职务、职称 | 主要获奖情况 | 主要事迹简介（200字以内） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |