内蒙古自治区中医医院优秀党务工作者推荐审批表

所在党支部：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 文化程度 |  |
| 入党时间 |  | 科室 |  |
| 联系电话 |  | 职称 |  |
| 工作简历、任职情况（包括党内任职情况） |  |
| 受表彰情况 |  |
| 所属支部意见 | （盖 章）负责人签字： 年 月 日 |
| 纪检部门意见 | （盖 章）负责人签字： 年 月 日 |
| 院党委意见 | （盖 章）负责人签字： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 主 要 事 迹 |
|  |