**内蒙古自治区中医医院先进基层党组织推荐审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 党组织名称 | | |  | | |
| 党组织负责人 | | |  | 联系电话 |  |
| 基本情况 |  | | | | |
| 曾受表彰情况 |  | | | | |
| 纪检部门意见 | | （盖 章）  负责人签字： 年 月 日 | | | |
| 医院党委意见 | | （盖 章）  负责人签字： 年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
| 主 要 事 迹 |
|  |