附件3:

临床医学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 |  | | | |
| 主  要  事  迹 | （1500字以内） | | | |
| 学院党委意见 | 负责人签名（盖章）：  2020年 月 日 | | | |