附件3

新乡医学院三全学院文明单位申报表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 单位负责人 | 姓名 |  | | 职务 | |  |
| 电话 |  | | 手机 | |  |
| 党总支负责人 | 姓名 |  | | 职务 | |  |
| 电话 |  | | 手机 | |  |
| 主 要 成 绩 |  | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 所 在 单位 意 见 | （签章）  年 月 日 | | 所 在 党 总 支 意见 | | （签章）  年 月 日 | |