附件1

山东省评选推荐全国红十字系统先进集体

和先进个人领导小组及办公室成员名单

组 长：白同禹 省红十字会党组书记、常务副会长

潘文勇 省人力资源社会保障厅党组成员、副厅长

副组长：金 桥 省红十字会党组成员、副会长，二级巡视员

汪 洋 省红十字会党组成员、秘书长，一级调研员

成 员：朱晓芃 省人力资源社会保障厅省表彰奖励办公室

主任、一级调研员

孙 萍 省红十字会机关党委专职副书记

办公室主任：孙 萍（兼）

办公室成员：李 楠 省红十字会机关党委三级调研员，机关纪委负责人

 赵 娜 省红十字会事业发展部副部长，机关纪委委员

韩 慧 省红十字会机关党委四级调研员

附件2

全国红十字系统先进集体初审推荐表

|  |  |
| --- | --- |
| **集体名称** |  |
| **集体性质** |  | **集体级别** |  |
| **集体人数** |  | **集体所在行政区划** |  |
| **集体负责人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **集体负责人职务** |  |
| **集体所属单位** |  |
| **何时何地****受过何种奖励** |  |
| **何时何地****受过何种处分** |  |
| **主 要 事 迹** |
| 主要事迹要求突出成绩、表述准确、文字精炼，1500字以内。 |
|  |
| 该集体上述情况真实准确，同意推荐。 签字人：（推荐对象所在单位负责人） （盖 章） |

注：1.集体名称、集体负责人姓名和职务等必须填写准确全称；

2.集体性质选填机关、参公单位、事业单位、社会组织、企业或其他，没有行政级别的集体在集体级别栏填写“无”；

3.集体所在行政区划须精确到县、区；

4.推荐对象为市县级红十字会的，集体所属单位不填写，推荐对象为内设机构的填写本级红十字会。

附件3

全国红十字系统先进个人初审推荐表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |   | **性 别** |   |
| **民族** |   | **出 生 日 期** |   |
| **政治面貌** |   | **人 员 身 份** |   |
| **学历** |   | **学 位** |   |
| **参加工作****时间** |   | **红十字系统****工 作 年 限** |  |
| **证件类型** |   | **证 件 号 码** |   |
| **工作单位** |   | **职 务** |   |
| **行政级别** |   | **职 称****（职 级）** |   |
| **工作单位****性质** |   | **身 份 状 态** | **在 职** |
| **何时****何地****受过****何种****奖励** |  |
| **何时****何地****受过****何种****处分** |   |
| **主 要 事 迹** |
|  主要事迹要求突出成绩、表述准确、文字精炼，1500字以内。 |
|  |
| 该同志上述情况真实准确，同意推荐。 签字人：（推荐对象所在单位负责人） （盖 章） |

注：1.人员身份选填公务员（包括参照公务员法管理的人员）、事业单位人员、企业负责人、社会组织负责人、企业职工或其他；

2.红十字系统工作年限填写起止日期及年限，日期填写格式例2008.05.08-2024.06.15（16年1个月），年限另起一行；

3.工作单位填写单位标准全称；

4.行政级别填写正处级、副处级、正科级、副科级或者无；

5.工作单位性质选填机关、参公单位、事业单位、企业、社会组织或

其他；

附件4

全国红十字系统先进集体和先进个人初审推荐对象汇总表

推荐单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

一、全国红十字系统先进集体初审推荐对象

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 先进集体名称 | 集体性质 | 集体级别 | 集体人数 | 集体负责人姓名 | 集体负责人单位及职务 | 集体所属单位名称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

二、全国红十字系统先进个人初审推荐对象

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 政治面貌 | 学历学位 | 工作单位 | 单位性质 | 职务 | 行政级别 | 职称 | 身份证号 | 联系电话 | 通讯地址 | 邮编 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

推荐单位联系人： 联系电话： 传真：

注：1.单位性质根据所在单位性质选填机关、参公单位、事业单位、企业、社会组织或其他；

2.获得省部级以上称号的推荐对象，请在备注栏中注明。