

附件 5

全区档案系统记个人二等功征求意见表

姓名：_____单位：_____职务：_____

干部 管理 部门 意见	签字人：(盖 章) 年 月 日
纪检 监察 部门 意见	签字人：(盖 章) 年 月 日
卫生 计生 部门 意见	签字人：(盖 章) 年 月 日

注：请按干部管理权限填写此表 1—3 项，随呈报审批表一并报送。