附件

2025年省直机关第一批劳模疗休养报名表

填报单位（盖章）： 工会主席（签章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **单位、处（科）室****及职务** | **何时获得****劳模荣誉** | **身份证号码** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：“获得劳模荣誉”填写获得的最高等级劳模荣誉。

填表人： 联系电话：