附件4：

**银川市无烟单位（医院、学校）**

**申报表**

申 报 单 位 ：

申 报 日 期 ：

县（市）区卫健局 ：

银川市卫生健康委员会制

银川市无烟单位（医院、学校）申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称（盖章） |  | 单位性质及主管部门 |  |
| 负 责 人 |  | 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 曾经获得何  种荣誉称号 |  | | |
| 基本情况： | | | |

|  |
| --- |
| 无烟单位创建情况： |
| 县（市）区考核意见： |
| 市卫健委、爱卫办考核意见： |