附件1

**全国残疾预防重点联系地区申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | 省（区、市） | 市（地、州、盟） | 县（市、区、旗） |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 职 务 |  |
| 申报理由 | 简要说明申报地区基本情况、申报理由、工作目标、预期成果、主要措施等，限300字以内，其它详见申报书。 |
| 申报地区政府残疾人工作委员会意见 | 公章 年 月 日 |
| 推荐意见 | 1. 县（市、区、旗）申报时需经市（地、州、盟）残联和省（区、市）

残联推荐；1. 市（地、州、盟）申报时需经省（区、市）残联推荐；
2. 省（区、市）申报时无需填写此项。

公章 年 月 日 |