梧州市特定行业从业人员免费健康体检服务预约申请表

**申请单位： 法人（负责人）姓名：**

**单位地址： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **体检者姓名** | **性别** | **身份证号码** | **体检者联系电话** | **工作岗位/工种** | **健康证明** | | **预约体检日期** |
| **新办** | **复办** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **用人单位核准（盖章）：**  或个体工商户经营者（负责人）签字并按指纹：  经办人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | |

备注：1.请务必保证填写信息完整无误，确保信息成功导入和存档。

2.表格中“预约体检日期”和“上/下午”由体检机构填写反馈。

3.用人单位核准后需加盖单位公章，个体工商户核准后由经营者（负责人）签字并按指纹。