编号：

盐城市直公共场所供水单位从业人员免费体检凭证

（存根联）

单位（盖章）：

联系人： 联系电话：

体检人数 人（名单附后，不够可另附页，附页一式两份）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性 别** | **身份证号码** | **岗 位** | **备 注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：**1、请提供单位营业执照、卫生许可证复印件；2、体检人数较多请按格式提供人员名册。

3、本凭证一式两联，存根联留存市卫生监督所，从业人员凭体检联到市中医院免费体检。

卫生监督员： 科室负责人：

所领导： 日期 ： 年 月 日

------------------------------------------------------（监督机构骑缝章）------------------------------------------------------------

编号：

盐城市直公共场所供水单位从业人员免费体检凭证

（体检联）

单位（盖章）：

联系人： 联系电话：

体检人数 人（名单附后，不够可另附页）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性 别** | **身份证号码** | **岗 位** | **备 注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：**1、从业人员凭体检联到市中医院门诊楼一楼免费体检；联系人：郭坚，电话：88500686，88166286

2、体检时间：星期一~星期五，上午8:00~11：00、下午2:30~5:00。

 盐城市卫生监督所（盖章）

 年 月 日