附件

 **峨山县从业人员免费健康检查申请表**（编号： ）

单位名称（盖章）： 负责人：

单位地址： 联系电话：

单位有效证照名称及编号： 体检总人数： 人

从业类型：食品□ 公共场所□ 生活用水□ 化妆品□ 消毒产品□

药品□ 其它：

**健康检查人员一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **联系电话** | **体检日期** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 本人承诺以上内容均属实，如有虚假或欺骗，一切后果由本人承担。**单位负责人（签字）：**  日期： 年 月 日 |
| 本人承诺以上与本人相关的信息属实，如有虚假或欺骗，一切后果由本人承担。**体检对象现场签字（签字）：**  日期： 年 月 日 |
| 体检机构审核意见：**审核人（签字）： 单位（盖章）：** 日期： 年 月 日 |

**体检对象现场签字是指参加体检机构体检时进行现场签字确认，可在该页面背面签字。**