附件5

从业人员健康证明

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 湖南省从业人员健康证明

|  |
| --- |
| 二维码 |

|  |
| --- |
| 相片 |

姓名：×××（男、女）类型：（食品、公共场所、药品、化妆品、饮用水、其他等）**检查机构：**身份证号码：43\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*监督部门：××区（县市）卫生健康局，电话：××××××××检查日期：20××年×月×日 编号：4301011002020010100001 |

说明：编号：4301011002020010100001

 区县市地址编码+机构编号+年月日+本机构检查序列号