附件6

长沙县从业人员免费健康检查申请表

申请单位（盖章）： 申请日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 单位负责人 |  |
| 单位地址 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照复印件（长沙县市场局、经开区市场局发证） |  |
| 申请人姓名 | 性别 | 联系方式 | 身份证号码 | 岗位／拟聘岗位 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 审核单位（定点机构）意见 | 审核人签字：年 月 日 |

备注：本申请表在自申请之日起一周内有效

抄送：经开区办、县政府办、县财政局、县行政执法局、县市场监督管理局