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