

补检人员登记表

参检单位(盖章):

体检医院:

干部保健证 编号	姓名	性别	出生 年月	在职或 离休	职务 职称	单位 性质	备 注

说明:1. 单位性质为行政、事业、中直和企业;
2. 此表报省委保健办和体检医院各一份。
参检单位联系人: 联系电话: