附　件

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	在职或离退休	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：　　2020 年　　月　　日