附件1

2024年长春市高层次人才健康体检人员一览表

填报单位： 　 　　　单位性质：　　　　　　　　　填报日期：　　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 称号/职称/  认定结果 | 联系方式 | 体检医院 | 套餐及  标准 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位法人：　　　　　　联系人：　　　　联系电话：　　　　　　联系邮箱：

要求：单位确定健康体检人员名单后，需将此表**加盖单位公章**报市人社局人才开发处备案，并将电子版发送至电子邮箱，邮箱地址：ccrsrclx@163.com。单位性质可填写：事业单位或国有企业、民营企业等。