附件1

职工互助保障“互助健康行·公益体检”申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 申请体检人数 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位意见 | 申请单位（盖章）：工会负责人（签名）： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

注：申请单位必须为职工互助保障会员单位，且申请体检的人员必须为职工互助保障活动会员。