干 部 保 健 证 登 记 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证　号 | 姓　名 | 性别 | 出生年月 | 参加工作时间 | 职务职称 | 级别 | 工作单位 | 单位性质 | 医疗待遇 | 备　注 |
| 门诊 | 住院 |
| × |  |  |  |  |  |  |  |  | × | × | × |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本表由单位人事或政治、组织部门填写盖章　　　　　　　　　　　　　 填报单位盖章

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日　　 　 联系人：　　　　电话：