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新就业形态劳动者专项综合互助保障活动会员。