附件2

互助保障健康大讲堂申请表

申请单位：（盖章）

|  |
| --- |
| 健康大讲堂活动时间： 年 月 日 时 分 |
| 健康大讲堂活动地点： |
| 参加人数： |
| 健康大讲堂宣讲课题 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  |

注：参加互助保障健康大讲堂的单位必须为职工互助保障会员单位