附件3

互助保障健康大讲堂回执表

单位名称：（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： | |
| 健康大讲堂宣讲课题： | |
| 参与健康大讲课人数： | |
| 会员单位  意见 | 经过双方共同努力，圆满完成本次互助保障健康大讲堂活动，我单位对本次健康大讲堂 非常满意 基本满意 不太满意  单位（盖章）：  工会负责人（签名）：  年 月 日 |
| 医疗服务  机构确认 | 本医疗服务机构已按照活动计划要求完成此次互助保障健康大讲堂活动。  主讲（签名）：  医疗服务机构（盖章）：  年 月 日 |
| 中国职工保险互助会青岛办事处会员服务部意见 | 负责人（签名）：  年 月 日 |

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