附件3

互助健康行·公益讲堂回执表

单位名称：（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 公益讲堂活动时间： 年 月 日 | |
| 公益讲堂活动地点： | |
| 公益讲堂宣讲课题： | |
| 参与公益讲堂人数： | |
| 会员单位  意见 | 经过双方共同努力，圆满完成本次互助健康行·公益讲堂活动，我单位对本次公益讲堂 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健康行·公益讲堂活动。  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：参加互助健康行·公益讲堂的单位必须为职工互助保障会员单位