揭阳市高层次人才医疗保健卡审核表（市直）

单位： 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 人才类别 | 证书使用有效期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申报单位 审核意见 |  （单位盖章） 年 月 日 |
| 市卫生健康局保健科 审核意见 |  签名： 年 月 日 | 市卫生健康局分管领导核定意见 | 签名： 年 月 日 |