用工证明

兴安县疾病预防控制中心：

兹有 　 等 人为本单位(店)员工，从事

 工作，现申请到贵单位进行免费的从业人员体检并办理健康证明

特此申请！

单位名称:(盖章) .

单位地址: .

法人(或负责人): 　 　.　 联系电话:　 　　　　　　 .

申请日期： 年 月 日

附: 　　　　**本单位(店)申请免费体检人员名单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓　名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 身份证号 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |