**附** **件** **1**

**从业人员预防性体检表** **(样张)**

姓 名： 性 别：

年 龄： 联系电话：

身份证号： 单位(或地址):



一、内外科检查结果：

医师(签名):

二、 沙门氏菌、志贺氏菌培养结果：

增菌管号码() 收样号码()

医师(签名):

三、血液生化检验结果：

甲型肝炎病毒IgM抗体

戊型肝炎病毒IgM抗体

血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)

医师(签名):



四、X线胸透(摄影)结果：

医师(签名):

请于领取表格当天上午到长兴\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*体检，隔日作废。

(地址：长兴县\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 咨询电话：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* )

纸质《健康证明》取证告知联

体检日期： 姓名： 身份证号：

|  |
| --- |
| ①办理免费健康证明需要提供本人二代居民身份证原件、上年度在长兴县办理的健康证明原件或 复印件(健康证明有效期到期前15天内前来办理，首次办理或持有电子健康证者不需提供不需提 供)、用人单位营业执照复印件(复印件上需加盖用人单位印章，如个体户无公章由经营者签字)、 长兴县免费预防性体检个人信息登记及承诺书。②根据体检人员个人身份证原件及手机全号办理登记；确需纸质健康证明的从业人员，体检完后 请妥善保管此联，并于体检完成7个工作日后，前来领取健康证明。 |

地址：长兴县\*\*\*\*\*\*\*\* 咨询电话：\*\*\*\*\*\*\*\* (法定工作时间内)