附件2

重庆市綦江区妇幼保健院

体检报名表

**分工会名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **已婚/未婚** | **联系方式** | **身份证号码（重要）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1. 重庆市妇幼保健院地址：重庆市綦江区通惠街道通惠大道71号；

1. 教职工会员一旦选定其中一家体检医院后，不可更换，请慎重选择；

 3. 请于1月16日前通过QQ邮箱提交给校工会办公室（250933815@qq.com）。