附件1

**省级劳模健康体检补助金申报表**

厅局直属（机关）工会（盖章）： 工会主席（签章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **身份证号** | **单位及职务** | **获得荣誉时间** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：