附件3

|  |
| --- |
| 省直机关高龄劳模健康数据库 |
| 所在单位工会（盖章）： 填表时间：2023年 月 日  |
| 序号 | 姓名 | 劳模荣誉 | 性别 | 单位职务 | 年龄 | 家庭情况 | 身体近况 | 能否生活自理 | 劳模月收入（元） | 家庭月 人均收入（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：