附件5

|  |
| --- |
| 省直机关高龄劳模医疗服务志愿者队伍登记表 |
| 所在单位工会（盖章）： |  | 填表日期： 年 月 日 |
| 序号 | 姓名 | 单位、处（科）室、职务 | 联系电话 | 负责对接的劳模 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |