附件2

**劳模参加疗休养报名表**

填报单位（盖章）： 工会主席（签章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **参加疗休养地点** | **何时获得全国、省（部）级劳模称号** | **身份证号码** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  | | |  |  |

联系人： 联系电话 ：