附件：

|  |  |
| --- | --- |
| 活动内容 |  |
| 主办单位 |  | 承办单位 |  |
| 保健时间 |  | 保健地点 |  |
| 活动类型　　　　　　　　　　　 | 1.会议 2.考试 3.体育比赛 4.其他（ ） |
| 参加人数 |  | 平均年龄 |  |
| 联 系 人  |  | 联系方式 |  |
| 重点保健人员： |
| 申请单位意见：　　　　 负责人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申请单位：（盖章） 年　　月　　日 | 校医院意见：　　　 　负责人签字：　　　　 年　　月　　日 |

**校医院外出保健申请表**