河南省省直高层次人才保健卡申领变更登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 单位全称 | | 河南省农业科学院 | | | 联系电话 | 65722978 |
| 家庭住址或  办公地址 | | 郑州市花园路116号 | | | 邮 编 | 450002 |
| 任 期 | |  | | | | |
| 单位隶属 | | ☑省属 □中央属（驻郑） □其他 | | | | |
| 保健级别 | | □一级（A类） □二级（B类） □三级（C类）  □三级（D类） | | | | |
| 单位性质 | | □机关 ☑事业 □企业 □社团 □其他 | | | | |
| 经费来源 | | ☑省财政全供 □省财政补助 □自收自支  □中央财政供给 | | | | |
| 情  况  说  明 | 申 领 |  | | | | |
| 变 更 |  | | | | |
| 补 办 |  | | | | |
| 注 销 |  | | | | |
| 所在单位  人事部门  意 见 | | 同意  年 月 日 | | 省保健办  意 见 |  | |

填表人： 联系电话：65722978 填表时间： 年 月 日

填表说明：①本表由高层次人才所在单位人事部门统一填报；②凡“□”格的项目均以打勾方式填写☑；③经费来源项目指保健对象医疗经费的解决渠道。