附件2

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 | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址或  办公地址 | |  | | | 邮 编 |  |
| 任 期 | |  | | | | |
| 单位隶属 | | □省属 □市属 □中央属（驻郑） | | | | |
| 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 | | 年 月 日 | | 省保健办  意 见 |  | |