附件2

**2024年吉林省高层次人才健康体检备案表**

填报单位： 单位性质： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 专家称号/职称 | 联系方式 | 套餐及标准 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 单位经办人： 联系电话：

注：本表格一式两份，经省留学回国人员和专家服务中心备案后生效，电子版需同时发至专家中心联系人邮箱。