附件1--1：

第九届全国健康老人推荐名单汇总表

推选地区（单位）盖章：

联系人姓名： 电话：

电子邮箱： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 民族 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1.此表可复印，请打印填写。

2.本表序号应与附件1-2相符。

附件1--2

第九届全国健康老人推荐表(汇总表序号： )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 原职业  职务 |  | | | 年龄 |  |
| 现住址 |  | | | | 身份证号码 |  |
| 电话 |  |
| 邮编 |  |
| 被推荐人健康状况及有关情况（可另附材料） |  | | | | | |
| 报送单位意见（盖章） |  | | | | | |

1.此表可复印。

2.此表需附身份证复印件、县级以上医院的体检证明。

3. 本表序号应与附件1-1相符。