

上海市对外服务有限公司业务五部
上海浦东外国企业服务有限公司

特殊检查申请单

公司名称_____ 部门_____

员工姓名_____ 职务_____

员工编号_____ 性别_____

工作地点_____ 年龄_____

员工身份证号码_____

联系电话_____ 传真_____

家属姓名_____ 性别_____

家属身份证号码_____

病情摘要：（请同时提供记载相应病情的病历资料、检查预约申请单）

特殊检查项目：

特殊检查费用金额：

申请人（签名）_____ 年__月__日

审批意见：

审批人（签名）_____ 年__月__日