附件1： 武进区学校教职工体检项目申报单

单位: 姓名: 性别: 年龄: 手机号码:

身份证号码: 医院:

在编在职、离退休（打“√”） 备案聘用人员（打“√”）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **固定项目** | **优惠价格** | **备注** |
| 1 |  肝功能（十项） 肾功能（三项**）**  | 42 |  |
| 2 | 血脂分析（四项) 空腹血糖 血常规 | 24 |  |
| 3 | B超：肝胆脾胰 B超：双肾输尿管 甲状腺彩超 | 135 |  |
| 4 | 尿常规 | 20 |  |
| 5 | 心电图 | 20 |  |
| 6 | 全胸片 | 40 |  |
| 小计 |  280元 |
|  | **自选项目** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 小计： |  |
| 合计： |  |

本人体检标准为 元，超出标准部分的费用为 元，由本人自理。

申报人（签名）： 学校审核人（签名）：

1．“自选项目”在附件2“自选体检项目介绍及收费标准”中选定后填写清楚，体检项目不要写序号。合计超出规定标准的费用由本人在参加体检时直接向医院支付。

2．本单一式一份，填好后务必在学校规定的时间内交学校联络员；学校收齐后逐个审核，务必在本校体检日的**10天前**（因医院在体检前须做好相关准备工作）送达医院体检中心。

3．每个人务必带好身份证参加体检。驾驶私家车前往县级医院体检中心体检的教师，可于体检结束后到服务台领取免费停车票。