**2017年体检人员时间安排表**（体检时间：9月28日-30日）

部门：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 拟体检时间 | 是否自费 | 备注 |
|  1 | 　 |  |  |  | 　 | 　 |  |
| 2 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |  |
| 3 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 4 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 5 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 6 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 7 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 8 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 9 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 10 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 11 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 12 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 13 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 14 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |
| 15 | 　 | 　 |  |  | 　 | 　 |  |

注：（1）如教职工家属体检，统计时“姓名”栏填写家属姓名，
“备注”栏注明教职工姓名；

（2）价格：男150元、女180元。