附件2

东莞市妇女“两癌”免费筛查申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 居住地住址 |  |
| 既往是否参加过东莞市免费“两癌”筛查：     1.是      2.否 |
| 拟选筛查机构 |  |
| 筛查机构登记 | 经审查，符合我市妇女“两癌”检查项目**免费筛查对象条件(东莞市户籍的35-64岁妇女或者在我市正常参加社会基本医疗保险且连续缴费时间满五年的35-64岁非户籍妇女)**。经办人：        筛查机构（盖章）：                            日期：  年   月   日 |
|  身份证或户口簿复印件粘贴处 |  |
|  社保卡复印件粘贴处 |  |

注:户籍妇女仅需张贴身份证或户口簿复印件;非户籍妇女需张贴身份证或户口簿以及社保卡复印件。