**从业人员办理健康证明检查介绍信**

（暂行）

新会区疾病预防控制中心：

兹有我企业（门店）员工： 先生/女士，（身份证号码： ）到贵中心进行从业人员健康检查，请予办理。

1、企业（门店）法人（或授权联系人）： 职务：

企业（门店）电话： 联系人电话：

2、体检类别：□餐饮、食品 □商场 □药店 □水厂 □旅业

□泳场 □书店 □化妆品 □电影院 □体育馆

□纸巾厂 □公共场所 □理发美容 □文娱场所 □公共浴室

□图美博展 □候车（船）室 □技师（桑拿沐足）

3、受检者签名： 电话：

企业(门店)名称（公章）：

年 月 日

新会区疾病预防控制中心地址：新会区会城南隅路八巷6号。

联系电话：0750-6663876 咨询电话：0750-6660613

体检时间：星期一至星期五，上午：8：00—11：30，下午14：00—17：00

说明： 1、以上资料须如实、全部填写；2、体检时必须提交以下资料登记：**⑴介绍信；⑵营业执照（经营范围必须与体检类别对应）或卫生许可证、食品经营许可证、餐饮服务许可证的复印件；⑶身份证原件。**3、没有以上证照由当地监管部门（食品药品监督局、卫生监督所）出具体检相关证明；4、证照的经营场所必须位于新会区辖区内。

**从业人员办理健康证明检查介绍信**

（暂行）

新会区疾病预防控制中心：

兹有我企业（门店）员工： 先生/女士，（身份证号码： ）到贵中心进行从业人员健康检查，请予办理。

1、企业（门店）法人（或授权联系人）： 职务：

企业（门店）电话： 联系人电话：

2、体检类别：□餐饮、食品 □商场 □药店 □水厂 □旅业

□泳场 □书店 □化妆品 □电影院 □体育馆

□纸巾厂 □公共场所 □理发美容 □文娱场所 □公共浴室

□图美博展 □候车（船）室 □技师（桑拿沐足）

3、受检者签名： 电话：

企业(门店)名称（公章）：

年 月 日

新会区疾病预防控制中心地址：新会区会城南隅路八巷6号。

联系电话：0750-6663876 咨询电话：0750-6660613

体检时间：星期一至星期五，上午：8：00—11：30，下午14：00—17：00

说明： 1、以上资料须如实、全部填写；2、体检时必须提交以下资料登记：**⑴介绍信；⑵营业执照（经营范围必须与体检类别对应）或卫生许可证、食品经营许可证、餐饮服务许可证的复印件；⑶身份证原件。**3、没有以上证照由当地监管部门（食品药品监督局、卫生监督所）出具体检相关证明；4、证照的经营场所必须位于新会区辖区内。