×××乡镇新冠肺炎健康证明申报推送单

（第 批）

签发人：

×××乡镇卫生院：

月 日经核准，请给以下　　　人办理现场健康评估，并将适宜返岗务工人员信息及时提交。（邮箱：　　　　　　　联系人和联系电话：　　　　　　　。）（申报证明附后）

×××乡镇人民政府（盖章）

年 月 日