附件2

2024年无偿献血计划招募名单

单位名称： 实有人数： 指标数：

主管领导： 电 话： 联系人： 电 话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年龄 | 性别 | 身份证号码 | 单位职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |