

附件一：健康体检证明

体检医院要求：二甲以上医院。

姓名 Name				照片 Photo
证件号 ID Number				
性别 Gender		出生日期 Birthday		
自述项目 Self-reported items				
病史 Medical History				
有无猝死家族史 Family history of sudden death				
必检项目 Physical Examination items				
血压 Blood Pressure			心率 Heart Rate	
心电图诊断 ECG diagnosis				
推荐检查项目 Recommended Physical Examination items				
心脏超声诊断(彩超) UCG diagnosis Ultrasonic cardiogram				医保项目
体检医院 Signed by hospital (盖章)			检查日期 Date	

关于医院盖章：使用各机构 2025 年体检报告的，可不盖章。但报告必须有医院盖章页、各项目内容页。