附件8

职业健康检查复查通知书（样式）

（用人单位名称）：

年 月 日，经我机构职业健康检查你单位下列人员尚不能做出明确检查结论。请你单位通知下列人员于 年 月 日前到 （地点） 复查。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 车间、岗位 | 职业病危害因素 | 复查项目 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

职业健康检查机构（盖章）

年 月 日

接收人： 发放人：

日 期： 日 期：

|  |
| --- |
| 注：本通知书一式2份，一份用人单位，一份职业健康检查机构存档。 |