附件3：

**中国初级卫生保健基金会员工离职邮箱注销登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部 门 |  | 日 期 |  |
| 姓 名 |  | 岗 位 |  |
| 注销邮箱名称 |  | | |
| 是否申请  保留邮箱 |  | | |
| 保留时长 |  | | |
| 人事部负责人  审 核 |  | | |
| 离职员工本人签字：  年 月 日 | | | |