附件1

会员住院慰问申报表（2019版）

编号： 填报日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 基层工会名称 | **XXX大学工会** |
| 住 院 职 工 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位及职务 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 患病名称 |  |
| 患病类型 | □工伤（职业病） □指定重病 □其他疾病 |
| 入住医院 |  | 入院日期 |  |
| 慰 问 情 况 | 慰问日期 |  | 市总工会慰问金额 | **500或2000** |
| 教育工会慰问金额 | **500或1000** |
| 慰问地点 | □医院 □家中 □单位 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 慰问金领取人 | **本人或家属** | 联系电话 |  |
| 工会干部 | 姓 名 | 单位及职务 | 联系电话 | 签 字 |
|  | **需两位干部签字** |  |  |
|  | **需两位干部签字** |  |  |
| 基层工会意见（盖 章）工会主席签字： 年 月 日 | 上一级工会意见（盖 章）工会主席签字： 年 月 日 | 区局集团公司工会意见（盖 章）审核人签字：年 月 日 |