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 | | | | |