**轻工学院工会会员生病住院慰问金申请表**

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 分会（部门） |  |
| 住院职工姓名 |  | 性 别 |  | 手机号 |  |
| 申请事由 | **在职教职工住院慰问：**患病名称： 入院日期： 年 月 日治疗医院： 病床号： 病房 号 |
| 经办人姓名 |  | 经办人手机号 |  |
| 分 会意 见 |  分工会主席签字 （盖章） |
| 慰问金额 |  | 领取人签字 |  |
| 备注 | 申请理由应具体明确，并附医院诊断证明、住院病案首页。 |