附件2

会员住院慰问申报表

编号： 填报日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 基层工会名称 |  |
| 患病职工 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位及职务 |  | 会员卡号 |  |
| 患病名称 |  | 🗆 工伤（职业病）🗆 指定重病 |
| 入住医院 |  | 入院日期 |  |
| 工会干部 | 姓 名 | 单位及职务 | 联系电话 | 签字 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 慰问日期 |  | 慰问地点 |  |
| 慰问金额 | 贰仟元 | 慰问金领取人 | 姓名 |  |
| 电话 |  |
| 基层工会意见（盖 章）工会主席签字： 年 月 日 | 上级工会意见（盖 章）工会主席签字： 年 月 日 |
| 上级工会意见（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 |