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 | | | | | | |