附件2

会员住院慰问金汇总申请表

基层工会（盖章）： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 工作单位 | 政治面目 | 身份证号 | 病 种 | 慰问金额 | 入院日期 | 慰问日期 | 慰问金领取人 | 是否公示 |
| 姓 名 | 电 话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

天津市教育工会：

按照《天津市教育工会关于设立关爱慰问资金的实施办法（修订）》，我单位以上会员符合慰问条件，已由工会组织实施慰问，共计 人，发放慰问金 元，现申请拨付慰问金。

分管主席：（签字） 年 月 日