南开大学白内障患者治疗申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 所在单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | 是否在职 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 校医院初筛意 见 | 医生签字：  年 月 日 | | | | |
| 基层工会  (离退休处)  意 见 | 单位盖章（负责人签字）：  年 月 日 | | | | |
| 校工会  意 见 | 校工会盖章（负责人签字）：  年 月 日 | | | | |

注：为方便离退休教职工，盖章事宜由校工会统一至离退休处确认盖章。