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。