|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会员****姓名** |  | **所在二****级工会** |  |
| **医院****名称** |  | **住院****科室** |  | **住院****日期** |  |
| **病床号** |  |
| **病因** |  |
| **二级工会申请** | **会员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_因病住院，申请\_\_\_\_\_\_\_\_\_元慰问金。****申请金额大写：****二级工会主席签字：** **年 月 日** | **校工会****意 见** | **同意支付慰问金\_\_\_\_\_\_\_元。****慰问金额大写：****校工会负责人签字：****年 月 日** |
| **备注** |  |

**四川理工学院会员生病住院慰问申请表**

**说明：此申请单与出院证明（复印件）一并上报。**