附件

济宁医学院困难教职工补助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  |
| 工作  部门 |  | 职务（职称） |  | 联系  电话 |  |
| 申  请  理  由 |  | | | | |
| 部门 单位  意见 | 负责人（签名）：  年 月 日（公章） | | | | |
| 分  工会  意见 | 分工会主席（签名）：  年 月 日 | | | | |
| 工会  全委会  意见 | 工会主席（签名）：  年 月 日（公章） | | | | |

注：本表由困难教职工所在部门、单位填写。