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。