昆明学院工会看望慰问病伤住院职工会员慰问费申请表

单位： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病伤住院职工姓名 | 所住医院名称 | 住院时间 | 基层工会看望慰问时间 | 身份证号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
| 根据学校工会相关制度规定，给予慰问 元。 | | | | | |
| 参加慰问人员： | | | 慰问金（大写）： | | |

基层工会主席： 证明人： 单位负责人： 学校工会主席：