首都医科大学20 年教职工困难补助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 部 门 |  | 工 号 |  | 身份证号 |  |
| 申 请 补 助 理 由 |  申请人签字： 年 月 日 |
| 所在基层工会意见 |  签名： 年 月 日  |
| 校工会意见 |  签名： 年 月 日 |
| 备注 |  |

经办人：

电 话：