**中国教育工会浙江大学委员会会员住院慰问领款单**

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位  （盖章） |  | 姓名 |  |
| 所患疾病 |  | | |
| 住院时间 |  | 住院医院  全称 |  |
| 慰问金 | （大写） （小写）¥ | | |
| 现金领款人（签字） | |  | |
| 经办人（垫付）姓名 |  | 经办人（垫付）银行卡开户行 |  |
| 经办人（垫付）银行卡账号 |  | | |