**浙江大学教职工困难补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工号** |  | **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **工 作 单 位** |  | **现职称** |  |
| **联 系 电 话** |  |
| **教职工****申请补****助理由** | **（如因病，请注明疾病种类、病程时间、治疗过程及医疗费用支出情况)****申请补助金额 元。** **申请人签名：** **申请时间： 年 月 日** |
| **院级工会****调查情况及意见** | **本单位当年已补助 元；本单位当年拟补助 元。****建议学校补助 元。** **签字盖章：** **年 月 日** |
| **校工会、人事处、校医院联席会议意见** | **建议补助金额 元。** **签字盖章：** **年 月 日** |
| **校福利****委员会****审 批****意 见** | **同意学校补助 元。** **签字盖章：** **年 月 日** |