新乡医学院“双节”送温暖困难职工登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 家庭人口 |  | 本人月收入 |  | 家庭年总收入 |  |
| 申请救助原因： |
| 所在基层工会意见 （签章） 年 月 日 |
| 校工会意见 （签章） 年 月 日 |