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 | | | | | | | | | | | | | | |