**2023年患重大疾病补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身患何种疾病 |  |
| 申请原因 |  |
| 所在单位审核意见 |  分工会主席签字： 盖 章： 年 月 日 |
| 校工会审批 |  工会主席签字： 盖 章： 年 月 日 |