医疗帮困金申请表（病故）（表七）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 家庭地址 |  |
| 学校工会主席签名 |  |
| 区教育工会审核金额 |  |
| 审核人签名 |  |
| 区教育工会审核意见: |

申请单位（公章）： 申请日期：