

大连医科大学工会教职工慰问金领取表

所属基层工会	
申请日期	年 月 日
申请类型	<input type="checkbox"/> 会员生病住院 <input type="checkbox"/> 会员去世 <input type="checkbox"/> 会员直系亲属去世
事由	
领取金额（大写）	
经办人	
基层工会主席签字	
工会主席签字	
领取人签字	

填表说明：

（此页无需打印）

《大连医科大学工会教职工慰问金领取表》需手写填表。

1. 会员生病住院，可以申领1000元慰问金。由会员所在基层工会填写《大连医科大学工会教职工慰问金领取表》，经基层工会主席和校工会主席审核签字后，附会员出院记录复印件（带公章）及经办人或领取人银行卡复印件至财务处报销。

填写事由样例：××（会员姓名）因何病住院申领慰问金。

2. 会员去世，可以申领2000元慰问金。由会员所在基层工会填写《大连医科大学工会教职工慰问金领取表》，经基层工会主席和校工会主席审核签字后，附经办人或领取人银行卡复印件至财务处报销。

填写事由样例：××（会员姓名）去世申领慰问金。

3. 会员直系亲属（限于会员本人的配偶、父母、子女）去世，可以申领1000元慰问金。由会员所在基层工会填写《大连医科大学工会教职工慰问金领取表》，经基层工会主席和校工会主席审核签字后，附经办人或领取人银行卡复印件至财务处报销。

填写事由样例：××（会员姓名）的直系亲属（配偶、父母、子女）去世申领慰问金。