附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **教职工（生病住院治疗）慰问金支付单** | | | | | | | | | |
| 职工所在部门 |  | | 姓名 | |  | | 职务 |  | 备注 |
| 身份证号 |  | | 住院病因 | |  | | | |  |
| 疾病类型 | 非重大疾病  重大疾病 | | | | | | | |
| 慰问金额 |  | | | 领款人 | |  | | |
| 基层工会负责人（审核签字） |  | 工会福利委员  （审核签字） | |  | | 工会负责人  （审核签字） | |  |
| **主管领导审批：** | | | | | | | | | |
| **注：须在出院后于5个工作日内向学院工会提交此支付单并附上《出院记录》复印件。** | | | | | | | | | |