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。** |