**山东大学齐鲁医院**

**职工直系亲属病故慰问表**

**单位工会盖章： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **本人签字** |  | **科 室** |  |
| **性 别** |  | **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **职 称** |  | **家庭人口** |  | **参加工作时间** |  |
| **本人工资** |  | **家庭收入** |  | **家庭就业人数** |  |
| **联系电话** |  | **本人OA码** |  |
| **家庭住址** |  |  |
| **申 请****理 由** |  |
| **工会小组****讨论意见** | **签字：** | **基层工委****讨论意见** | **签字：** |
| **备 注** | **请按申请表要求认真如实填写** |