**中国人民大学离退休职工**

**“新象离退休教职工关爱基金”申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **职工号** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **所在单位** |  | | **申请人职位** | | |  | |
| **家庭住址**  **联系电话** |  | | | | | | |
| **疾病名称、治疗及自付医疗费总额等情况说明** | **申请人（或直系亲属）签字：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **所在单位**  **意 见** | **负责人签字： 公 章 年 月 日** | | | | | | |
| **离退休工作**  **处 意 见** | **负责人签字： 公 章 年 月 日** | | | | | | |
| **基金会**  **意 见** | **负责人签字： 公 章 年 月 日** | | | | | | |

**注：此表A4纸打印，填报一式两份。**