**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。**