

山东第二医科大学工会慰问金补助领取表

分会（盖章）：

附件：

年 月 日

装订线

姓名	慰问金领取情况及金额标准		
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
	<input type="checkbox"/> 工会会员本人生病住院300元	<input type="checkbox"/> 工会会员本人去世2000元	<input type="checkbox"/> 工会会员直系亲属去世1000元
合计金额（大写）： 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分			（小写）¥
人员范围	工会会员直系亲属：限于配偶、父母、子女		
情况说明			

支付明细				
账户全称	金额	开户银行(具体到支行)	银行账号	是否工资卡

工会主席：

分会主席：

会计：

经办人：