附件2

华北电力大学工会“困难帮扶”申请表（二）

（适用于在职会员初次确诊30类重大疾病困难帮扶）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分工会 |  | | 教工号 |  | | 工资卡号 |  |
| 申请人 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 情况介绍  申请人签名 | | | | | | | |
| 分工会联系人 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 分工会  意见 | | 签名 盖章  年 月 日 | | | | | |
| 校医院  意见 | | 病情诊断情况说明（明确是否属于30类重大疾病）：  签名 盖章  年 月 日 | | | | | |
| 校工会  意见 | | 帮扶金额：  签名 盖章  年 月 日 | | | | | |

申请时请附：诊断证明复印件。