****山东电子职业技术学院****

****探望患病住院工会会员慰问金申请表****

**工会大组： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住院  职工 | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  |
| 电话 |  | | 慰问金  金额 | | 金额： 元  大写： | |
| 病情  简述 |  | | | | | |
| 住院  时间 |  | | | 住院  地点 |  | |
| 探望人 | 姓名 |  | | | 部门 |  | |
| 姓名 |  | | | 部门 |  | |
| 姓名 |  | | | 部门 |  | |
| 所在部门意见                签字（盖章）    年 月 日 | | | | 学院工会意见                  签字（盖章）    年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
|  |

**备注：**

**1.各工会大组请在会员住院后，提出慰问金申请，经批准后领取。**

**2.看望病人慰问金金额按《山东电子职业技术学院工会会员福利发放管理办法》执行，慰**

**问金为300元/人。**