**长春光机所会员生病住院慰问金领取表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 补助金额 | 伍佰元（500元） | | | | |
| 分  会  意  见 | 分会主席（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 所  工  会  意  见 | 工会主管（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 备注 | 请附出院诊断书复印件 | | | | |

**长春光机所会员生病住院慰问金领取表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 补助金额 | 伍佰元（500元） | | | | |
| 分  会  意  见 | 分会主席（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 所  工  会  意  见 | 工会主管（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 备注 | 请附出院诊断书复印件 | | | | |