附件：

**教职工年终困难补助登记表**

部门（单位）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 身份证号 | |  | |
| 性别 |  | 年龄 |  | 联系方式 | |  |
| 教职工本人申请补助事由 | 注：教职工本人得重大疾病或长期生病住院需提供疾病诊断证明书 | | | | | |
| 教职工直系亲属申请补助事由 | 注：直系亲属重大疾病需提供疾病诊断证明书 | | | | | |
| 分  工  会  意  见 | 分工会主席（签名）： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 学  校  工  会  意  见 | 工会主席（签名）： 日期： 年 月 日 | | | | | |