重庆市殡葬协会

会员单位员工重大疾病医疗慰问审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 电 话 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 参加殡葬工作时间 | | |  | | | | |
| 医院诊断书病种 | | |  | | | | |
| 所在单位意见 | | | 年 月 日 | | | | |
| 协会意见 | | | 年 月 日 | | | | |
| 慈善基金管理  委员会意见 | | | 年 月 日 | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | |