附件：

生活困难职工申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 单 位 |  | 手机号码 |  |
|  |  |
| 申请理由 |  申请人签字： 年 月 日 |
| 所在单位审核意见 |   负责人签字： 盖章 年 月 日 |
| 工会意见 |    负责人签字： 盖章 年 月 日 |

注：附相关证明，如：医院诊断证明等。