**山东大学齐鲁医院**

**职工直系亲属病故慰问表**

**单位工会盖章： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **本人签字** |  | **科 室** |  |
| **性 别** |  | **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **职 称** |  | **联系电话** |  | **本人OA码** |  |
| **家庭住址** |  | |  | | |
| **申 请**  **理 由** |  | | | | |
| **工会小组**  **讨论意见** | **签字：** | | **基层工委**  **讨论意见** | **签字：** | |
| **工会审核意见** |  | | | | |