附件1

**辽宁省工会女职工“两癌”手术关爱慰问金审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 疾病名称 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 首次确诊时间 |  | 确诊医院 |  |
| 住院时间 |  | 手术医院 |  |
| 工作单位 |  | 手机号 |  |
| 基层工会审核意见: | | 上一级工会审核意见： | |
| 审核人：  公章：  年 月 日 | | 审核人：  公章：  年 月 日 | |
|
|
| 县区工会审核意见: | | 市总工会（省产业工会）审核意见： | |
| 审核人：  公章：  年 月 日 | | 审核人：  公章：  年 月 日 | |
| 关爱慰问金金额（大写）： | | | |
| 职工本人签字： 经办人签字： 年 月 日 | | | |

**注：**本表附相关证明材料，由各经办单位留存。