附件：

大连海洋大学教职工困难补助申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | | **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **家庭成员职业**  **及收入情况** | | | 本人：  配偶：  子女： | | | | | |
| **申请**  **理由** | | 本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| **基层**  **工会**  **意见** | | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| **学校**  **工会**  **意见** | | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| **校领导意见** | | 签 字：  年 月 日 | | | | | | |
| **备注** | | **申请理由应明确具体，如：何时因何病住院等，可以另附页。** | | | | | | |