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。** |