附件2

皖南医学院工会会员疗休养申请表

申请时间：     年    月    日             分工会

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   |
| 手机号 |   | 身份证号码 |   |
| 部门/单位 |   | 是否参加过疗休养 | 是 | 上次参加时间 |
| 否 |  |
| 申请理由 |                                    申请人  |
| 所在部门/单位意见 |    签名（盖章）年   月   日  |
| 分工会意见 |                      签名（盖章）  年   月   日 |
| 职能部门意见 |   签名（盖章）            年   月   日 |