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 | | | | | |