省级机关“关爱月月送”生活困难职工申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  |
| 文 化  程 度 |  | 民 族 |  | 入 会  时 间 |  |
| 所在工  会组织 |  | | | 联 系  电 话 |  |
| 家 庭  住 址 |  | | | | |
| 困 难  情 形 |  | | | | |
| 以上内容均由申请人本人或家属填写，情况属实。  申请人（或家属）签名：  年 月 日 | | | | | |
| 基层工会组织意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 厅局直属工会组织意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |