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  |