

机关教职工生病住院慰问登记表

姓 名		性 别	
工作单位		科 室	
住院医院		经办人	
工 号		联系方式	
开户行		银行卡号	
住院病因			
基层工会组织意见	分管领导签字： (盖章) 年 月 日		
备注	表格内“工号”、“联系方式”、“开户行”、“银行卡号”四栏信息请填写领款人相关信息。		