附件1：

教职工参加医疗互助申请表

**工作部门： 信息技术与管理学院 编号:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **参加工作时间** |  | **退休时间** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **家庭住址** |  |
| 本人自愿申请参加湖南财政经济学院教职工医疗互助，同意并遵守《湖南财政经济学院教职工医疗互助金管理办法》（试行）的相关规定。申请人（签名）：年 月 日 |
| **初审意见** | 负责人 (盖章)： 年 月 日 |
| **互助金管委会意见** | 签章 年 月 日 |
| **备 注** |  |