附件1

广东工会帮扶救助新冠疫情防控一线医护人员申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 所在单位 |  |
| 身份证号码 |  | 申请人手机 |  |
| 基层工会联系人姓名 |  | 联系电话和手机 |  |
| 申请人工作岗位 | □医生 □护士 □疾控单位工作人员 □其他：  |
| 基层工会银行账号 |  | 开户行全称 |  |
| **患病直系亲属** | 姓 名 | 关 系 | 性别 | 身份证号码 | 所在单位（学校） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请人及其家庭其他困难情况： |
| 企基层工会 | 审核意见：经审核，我单位申请人 在新冠疫情防控工作中因公感染新冠肺炎，其直系家属 人（如无，请填写“0”）感染新冠肺炎。请予以帮扶救助为盼。 主席签名：年 月 日 (盖章) | 市总（省直工会、 省教育工会） | 审核意见： 主席签名：年 月 日 (盖章) |

**注：此表可于省总工会网站下载（www.gdftu.org.cn）**