**附件2：**

**北京师范大学**

**离退休教职工重大疾病住院补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 单位 |  |
| 工作证号 |  | | 疾病名称 | |  | | |
| 申  请  理  由 |  | | | | | | |
| 原  单  位  意  见 | 负责人签字盖章：                     年   月   日 | | | | | | |
| 领  导  小  组  意  见 | 签  章：                    年   月   日 | | | | | | |