**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 |