**上海交通大学医学院**

**退休教职工帮困扶助申请表**

编号： 申请时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 原工作部门 |  | 参加工作时间 |  | 退休时间 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 月养老金收入 |  | 家庭其他收入 |  |
| 身体健康状况 |  |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 年龄 | 称谓 | 工 作 单 位 | 月收入 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请理由附：相关证明材料 |  |
| 退管会办公室初审意见： 年 月 日 |
| 院退休教职工管理委会员审核意见：年 月 日 |

上海交通大学医学院退管会办公室制表