**附件1：**

怀化职业技术学院教职工大病医疗互助金加入申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作部门 | |  | | | | |
| 家庭地址及电话 | |  | | | | |
| 申  请 | 我同意《怀化职业技术学院大病医疗互助金管理办法》中的各项条款，自愿申请加入怀化职业技术学院大病医疗互助，每年按时交纳互助金，并同意由规财处代扣代交。如每年在规定交纳期前未提出退出申请，则视为同意继续参加。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | |
| 所  在  分  工  会  意  见 | 盖章：  年 月 日 | | | | | |
| 大病医疗互助金管理委员会意见 | 年 月 日 | | | | | |
| 注：申请人及基层工会必须如实详细填写表中相关内容，对资料不全的可不受理。 | | | | | | |