**特殊教职工（癌症等重大疾病患者）**

**慰问认定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  | 工资编号 |  | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  |  | 联系电话 |  |
| 家庭收入（元/月） |  | 家庭支出（元/月） |  |
| 家庭供养人口 |  | 所在单位 |  |
| 患病名称 |  | 患病时间 |  |
| 申报依据 |  需附相关证明材料（盖有医院公章的病情证明书、病情诊断书等）  |
| 单位审查意见 |   签 章 年 月 日 |
| 工作小组审批意见 | 签 章 年 月 日 |

重大疾病认定范围：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭（血液透析）、器官移植术后排异反应治疗