**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