**山东大学齐鲁医院**

**在职职工去世慰问表**

**单位工会盖章： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **去世职工姓名** |  | **性 别** |  |
| **科 室** |  | **职务职称** |  |
| **联系电话** |  | **本人OA码** |  |
| **家庭住址** |  |
| **工会小组****讨论意见** | **签字：** | **基层工委****讨论意见** | **签字：** |
| **工会审批意见** | **签字：** |
| **备 注** | **请按要求认真如实填写** |