|  |
| --- |
|  **湖北医药学院职工慰问领款单** |
| 经办人 |   | 所属部门 |  |
| 领款人 |  | 领款单位 |  |
| 领款日期 |  | 经费渠道 | 工会经费 |
| 领款金额 |  | 领款金额（大写） |  |
| 附件 |  （结婚、生育慰问需提供相关证件） |
| 领款事由 |  （住院慰问、生育慰问......) |
| 校工会审签 |    |
| 领款人签字 |   |
| 备注 |  |