|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | |