**北京大学医学部离退休人员困难补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 单位 |  |
| 患何种疾 病 |  | 申请金额 |  |
| 申请理由 |   |
| 单 位调 查审 批 意 见 |  负责人签字（单位公章）： 2023年 11 月 日  |
| 学 校审 批意 见 | 同意给 同志一次性补助 元。  2023年 12 月 日  |