**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 | | | | | | |