附件：

2022年温州医科大学附属眼视光医院

教职工跟随家属单位疗休养申请表

 时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 工号 |  | 编制 |  |
| 科室（部门） |  | 联系电话 |  |
| 疗休养时间 | 年 月 日至 月 日，共 天。 |
| 疗休养线路、地点 |  |
| 疗休养经费 |  |
| 疗休养承办单位 |  |
| 家属 | 姓 名 | 关系 | 单 位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
| 申请人（签字）： | 科室（部门）意见： | 院工会意见（盖章）： |

说明：本表一式两份，职工本人、院工会各执一份。费用报销时需附上本申请表。