附件：

温州医科大学附属眼视光医院

教职工疗休养报备单

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 | |  | | |
| 疗休养公司 | |  | | |
| 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报备单。