职工生病住院探望费

日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部门姓名 |  | 经办人 |  |
| 原因 |  |  |  |
| 额度 |  |
| 分工会审核 |  |
| 校工会核实 |  |
| 备注 |  |

制表：