**华南师范大学教职工重大疾病医疗爱心互助基金入会申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 单 位 |  | 身份证号码 |  |
| 工资号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 申请人签署栏 | 本人已阅读并愿意遵守华南师范大学教职工重大疾病医疗爱心互助基金章程和管理办法，自愿申请加入爱心互助基金，同意从个人工资、离退休费、生活补助中代扣会费。 申请人签名： 年 月 日 |
| 二级单位审核意见 | 部门工会主席签名:年 月 日 |
|  二级单位负责人签名：（单位公章）年 月 日 |
| 爱心互助基金工作小组意见 |  负责人签名：公 章 年 月 日 |

注：1.一经入会，如无提出退会申请，将视为自动延续会员资格，自动续费；

2.如会员资格终止，无论会员是否已享受爱心互助基金待遇，所交纳会费不再返还。