**防控专项资金（物资）实名制发放表**

填报单位（公章）： \*\*医院工会 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 工作单位或家庭住址 | 慰问原因 | 慰问金额（元） | 联系 电话 | 银行账号 | 备注 |
| 1 | 张三 |  |  | 重症监护室 | 疫情防控一线医务人员 |  |  |  | 转账 |
| 2 | 李四 |  |  | 呼吸科 | 疫情防控一线医务人员 |  |  |  | 转账 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 经办人签字：