附件2：

湖南省人口健康福利基金会扶助对象申报表

申报单位： （市州） 县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 民族 |  | 身份证号 |  |
| 住 址 | |  | | | | 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 单 位 | |  | | | | | 行政/技术职务 | |  |
| 参加工作时间 | | |  | | | | 卫生计生系统  工作时间 | |  |
| 申请家庭基本情况 | （须附相关证明材料） | | | | | | | | |
| 本人申请意见：  （签字） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县（市、区）计生协会意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 县（市、区）卫生工会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |
| 市（州）计生协会意见：    （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 市（州）卫生工会意见：    （盖章）  年 月 日 | | |

附《填写说明》