大病医疗互助会会员登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 所在部门 |  | | | 入会时间 | 年 月 |
| 联系方式 |  | | | 交费起始时间 | 年 月 |
| 家庭  住址 |  | | | | |
| 部  门  意  见 | 部门领导：  年 月 日 | | | | |
| 分  工  会  意  见 | 分工会主席：  年 月 日 | | | | |
| 互  助  会  管  理  小  组  意  见 | 组长签名：  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |