

上海交通大学医学院教职工帮困救急互助基金会

入 会 申 请 表

二级工会：

年 月 日

姓名		性别		出生年月		编号	
部门				入会日期			
会员费				募捐金额			
申请原因：							
申请人签名_____							
年 月 日							
二级工会意见：							
二级工会主席签名_____							
年 月 日							
基金理事会审核意见：							
医学院工会代章_____							
年 月 日							