附件：

**武汉纺织大学长期病假人员定期审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | （照片） |
| 原单位 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 现住址 |  | | | | |
| 申请理由 | 申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 校医院  意见 | 年 月 日（公章） | | | | | |
| 人事处  意见 | 年 月 日（公章） | | | | | |
| 分管校  领导  意见 | 年 月 日（公章） | | | | | |
| 备注 | 1.申请人需提供县级以上医院出具的诊断证明和休假建议。  2.本表一式两份，个人档案存档一份，人事处存档一份。 | | | | | |