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。 |