附件1

省直机关、事业单位特殊困难退休干部专项救助汇总表

填报单位： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 退休时工作单位及职务 | 身份证号码 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：

备注：此表按申请救助对象困难程度排序。