附件

新乡医学院生活困难党员帮扶对象登记表

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 民族 | 本人  身份 | 出生  年月 | 入党  时间 | 联系电话 | 家庭住址 | 致困原因及困难程度 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.本人身份包括职工、学生等。2.备注栏内标注重点帮扶对象