附件1

大连市工会会员“光明康复行动”申请表

**区市县（开放先导区）总工会： 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | | 性别 |  | 年　龄 | |  | 出生年月日 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | |
| 会员身份证件类别 | | |  | | | | 编　号 | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 眼病既往史（本人） | |  | | | | 目前全身健康情况 | |  | | | |
| 医院填写 | 手术眼 | 左眼口 右眼口 | | | | 手术时间 | | 年 月 日 | | | |
| 术前视力 | R： L： | | | | | | | | | |
| 术后视力 | R： L： | | | | | | | | | |
| 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | 区市县（开放先导区）总工会审核意见：  公章：  年 月 日 | | | | | |
| 定点医院手术确认：  负责人： 公章：  **年 月 日** | | | | | | 市总工会审核意见：  　　　　　　　　公章：  **年 月 日** | | | | | |

**注：本表为单眼审批情况，双眼应填写两张。 大连市总工会**

附件2

大连市工会会员“光明康复行动”汇总表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **身份证号** | **家庭住址** | **联系电话** | **手术眼** | | **手术时间** |
| **左** | **右** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |