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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |