

高雄醫學大學醫療事業企業工會

編號：_____

喪葬輓聯申請書 (限會員之配偶一親等直系血親死亡，始得申請)

會員姓名		識別證		身分證字號	
科 室	☐ 高醫 ☐ 小港 ☐ 大同 ☐ 旗津 ☐ 岡山 科室：_____ (請填寫)	E-MAIL		出生年月日	
聯絡電話	分機：_____ 其他：_____	戶籍地址	(含區、里、鄰)		
申請事由	申請人之配偶 之 ☐ 父 / ☐ 母，於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡				
附 件	1、 ☐ 訃文 ☐ 除戶謄本 ☐ 死亡證明。(三擇一，後兩項需另附身分關係證明文件) 2、 ☐ 識別證影本一張〔正、反面〕。				
申請人簽名：_____		申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			
理事長審核：		常務監事審核：		承辦人：	