2024年跟随家属疗休养确认表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 终身码 |  | 休养地点 |  |
| 休养时间 | 202 年 月 日至 月 日，共 天。 |
| 配偶 | 姓 名 | 单 位 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 申请人（签字）： |
| 配偶方单位确认(盖章)： |

说明：费用报销时需附上本申请表。