附件2

**自愿放弃加入大病互助会确认表**

**（2022年10月）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 工 号 |  |
| 出生年月 |  | | | 联系方式 |  |
| 所属部门 |  | | | 所属分工会 |  |
| 确认放弃入会 | 本人确认放弃入会    个人签名：  2022年10月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |