附件

放弃缴纳互助费回执

校工会：

以下\*\*名教职工（见名单）往年足额缴费爱心互助金。经与本人确认，今年不再缴纳爱心互助金并已了解断缴影响。

分工会（公章）

分工会主席签字：

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **职工号** | **姓名** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（本表可根据需要加、减行）

注：本表统计范围仅为往年已经足额缴费，今年因个人原因放弃继续缴费的教职工。