南京航空航天大学从事有害健康工种人员

营养保健费申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  |
| 职称/职务 |  | 工种 |  |
| 工作性质 | □教学 □科研 □生产 □其他（ ） | | |
| 实验室（课题组、车间、班组） | |  | |
| 有害健康物质或因素 | |  | |
| 年从事有害工作时间(月) | |  | |
| 申请享受营养费标准（元/月） | |  | |
| 年享受营养费金额合计 | |  | |
| 经费来源 | □学校支付 □单位或课题组支付 | | |
| 申请人签字 | 申请人：  年 月 日 | | |
| 所在单位意见 | 院级单位负责人：  单位公章  年 月 日 | | |
| 技安科意见 | 经办人：  年 月 日 | | |
| 国资处领导  审批 | 国资处负责人：  年 月 日 | | |

注：1. 请根据《高等学校从事有害健康工种人员营养保健等级和标准的暂行规定》，在“有害健康物质或因素”一栏写明“×类×级×条”；

2.从事教学工作人员营养保健费由学校支付。

南京航空航天大学从事有害健康工种人员

营养保健费审批表（学校支付）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（盖章）： | | | | | | | | | | | |
| 时间： 年 月—— 年 月 | | | | | | 制表人 | |  | | | |
| 序号 | 姓 名 | | 工作证号 | 职称  （职务） | 工 种 | 有害健康物质或因素 | 从事有害工作时间（个月） | | 标准 （元/月） | 总计  金额（元） | 承担  教学任务情况 |
| 1 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 金额总计 | 仟 佰 拾 元 角 分 ￥ | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | | 单位负责人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 技安科意见 | | 经办人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 国资处领导审批 | | 国资处负责人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 注：1.请根据《高等学校从事有害健康工种人员营养保健等级和标准的暂行规定》，在“有害健康物质或因素”一栏写明“×类×级×条”；  2.此表一式三份，财务、国资处、申报单位各一份。 | | | | | | | | | | | |

南京航空航天大学从事有害健康工种人员

营养保健费审批表（单位支付）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院级单位（盖章）： | | | | | | | | | | | |
| 实验室（课题组、车间、班组）名称 | | | | | |  | | | | | |
| 时间： 年 月—— 年 月 | | | | | | | 制表人 | |  | | |
| 序号 | 姓 名 | 工作证号 | | 职称  （职务） | 工 种 | | 有害健康物质或因素 | 从事有害工作时间（个月） | | 标准 (元/月) | 总计金额（元） |
| 1 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 4 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 5 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 6 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 金额总计 | 仟 佰 拾 元 角 分 ￥ | | | | | | | | | | |
| 实验室（课题组、车间、班组）意见 | | | 负责人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位意见 | | | 单位负责人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 技安科意见 | | | 经办人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 国资处领导  审批 | | | 国资处负责人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.请根据《高等学校从事有害健康工种人员营养保健等级和标准的暂行规定》，在“有害健康物质或因素”一栏写明“×类×级×条”；

2.此表一式三份，财务、国资处、申报单位各一份。