

附件

2024年度红十字会困难会员摸底调查表

单位（盖章）：

领导签字：

填表人：

填表时间：

序号	会员姓名	性别	会员身份证号码	工作单位（无就业填写家庭地址）	联系电话	家庭月人均纯收入（元）	家庭人口数（人）	致困难原因	备注
1									
2									
3									
4									
5									

说明：填写此表后需要同时附上相关困难证明材料。（附表不够填写，可自行增加）。