附件2

新乡医学院三全学院办理丧葬事宜

事 后 报 告 表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 单位 |  | 职务 |  |
| 报 告事 宜 |  |
| 宴 请地 点 |  | 宴 请时 间 |  |
| 宴 请桌 数 |  | 宴请规格（含烟酒水） |  元／桌 |
| 办理情况说明 |  |
| 本人签字 |  **年 月 日** |

注：事后15天内填写此表，并向基层党组织和纪委报告。