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。