**中国新闻工作者援助项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位名称 | | 厦门广播电视集团 | | | | | | | 类别 | | | 地方新闻媒体 | | | | | |
| 申  请  人  基  本  情  况 | 姓名 | 邹炳辉 | | 性别 |  | | | 出生  年月 | | | 1972.10 | | | | 职务 | | 转播技术团队一级主管 |
| 所在  部门 | 技术中心 | | 记 者 证 号 码 | | | | | |  | | | | 电话 | | |  |
| 采编岗位合同号 | | | | | |  | | | | 手机 | | | 18606002026 |
| 申  报  类  别 | 1.因公殉职（ ）； 2.因公导致八级以上伤残（ ）； 3.积劳成疾罹患大病（ ）； 4.因地区或环境染患特殊疾病（ ）；  5.因公导致九、十级伤残（ ）； 6.因重病导致家庭生活困难（✓）；  7.工作中受到轻伤（ ）。  （请在以上选项括号内打勾，只可选一项，不可多选。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 因  公  伤  病  亡  情  况 | 2025年1月10日进行肝移植手术（完全自费，未进入医保统筹）  （可另附页） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | |  | | | | | 负责人签字  公章 | | | | | |  | | | | |
| 军委政治部宣传局/省级记协/专业记协意见 | |  | | | | | 负责人签字  公章 | | | | | |  | | | | |
| 报送信息 | 联系人姓名 | 邹炳辉 | | 电话 | | 5301362 | | | | | | | 所在部门 | | | 技术中心 | |
| 手机 | | 18606002026 | | | | | | | 电子邮箱 | | | Mini0007@sina.com | |
| 通讯地址 | | 厦门市湖滨北路123号 | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | 361012 | |

中国记协2025年统一印制