**附件5**

**2024年“母婴关爱室”资金支持申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位名称** |  | | | | |
| **所属区、局、集团、公司、高等院校、直属单位名称** |  | | | | |
| **母婴室类型** | 单位内部 （ ） 商务楼宇 （ ） | | | | |
| **母婴室具体位置** | 北京市 区 路 号 层 室 （默认为邮寄铭牌地址） | | | | |
| **单位工会负责人** |  | **联系方式** | |  | |
| **母婴室联系人** |  | **联系方式** | |  | |
| **母婴室建成时间** |  | | | | |
| **母婴室开放时段** |  | | | | |
| **单位现有职工人数** |  | | **单位现有女职工人数** | |  |
| **单位育龄女职工人数** |  | | | | |
| **母婴室是否为独立房间** | 是 （ ）否（ ） | | **房间面积** | |  |
| **每天平均使用人次** |  | | | | |
| **已有配套设施**  **（请在内容后打√）** | 沙发（ ） 桌椅（ ）  电源插座（ ） 冰箱（ ）  微波炉（ ） 饮水机（ ）  电视机（ ） 垃圾桶（ ）  其他设施\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **申报单位意见**  **（工会盖章）** | 年 月 日 | | | | |
| **所属区、产业意见 （盖章）** | 年 月 日 | | | | |