附件：

律师互助基金申报表

郑州市 律师协会/直管县工作委员会 联系人及联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请救助律师姓名 | | |  | 执业证号 | |  | |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 执业年限 |  |
| 律师本人（或去世家属）账户：（注明姓名、开户行、卡号） | | | | | | | |
| 困难情况说明（可附页）：    （盖章）    年 月 日 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 律师事务所  审核意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 所属律师协会  审核意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 省律师协会  审核意见 | （盖章）  年 月 日 |