附件1

**上海市红十字会高校学生助医项目申报表**

**（2017学年）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校 |  | | | 姓名 | |  | | 出生年月 | |  |
| 院系 |  | | 年级 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 身份 证号 |  | | | 家庭 住址 | |  | | | | |
| 临床 诊断 |  | | | 病理 诊断 | |  | | | | |
| 曾接受资助情况 | |  | | | | 有无医疗保险 | | |  | | |
| 是否自愿接受救助 | | 是（ ） 否（ ） | | | | | | | | | |
| 申请救助的理由（本人填写）：  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 院系对该生的困难情况说明：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 学校红十字会意见：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | 市红十字会评审结果：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |