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 |  |