上海市红十字会高校学生助医项目申报表

**（2025学年）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校 |  | 姓名 | |  | 出生年月 |  |
| 院系专业 |  | 年级 | |  | 学号 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 临床诊断 |  | | | | | |
| 是否自愿接受救助 | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| 是否接受过上海市红十字会高校学生助医项目救助 | | | 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 | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | |