附件1：

**上海健康医学院国家助学金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 入学时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 学 号 |  |  学院 专业 班 |
| 家庭经济情况 | 家庭户口 | A、城镇 B、农村 | 家庭人口总数 |  |
| 上年家庭总收入 |  | 上年人均收入 |  | 收入来源 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 年龄 | 与本人关系 | 工作与学习单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请理由：   申请人签名： 年 月 日  |
| 以上所填情况皆为真实。如有虚假，愿意按照本项目有关规定放弃申请。本人愿意积极参加力所能及的志愿者活动，回报社会。 本人签名： |
| 学院推荐意见（建议具体金额、等级）（公章）负责人签名： 年 月 日 |
| 学生处(学生资助管理中心)意见（公章）负责人签名： 年 月 日 |
| 学校审核意见 （公章）负责人签名： 年 月 日 |

注：本表一式二份，一份学院留档，一份学生处留档。请用黑色水笔如实、完整填写以上表格，不得涂改。