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。