医学院相扬助学金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 学号 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 专业班级 |  | 当学年年级排名 |  |
| 身份证号 |  | 是否同时申请奖学金 |  |
| 当学年主要获奖情况 | 本人承诺以上申请材料真实有效。申请人签名： 年 月 日  |
| 班级意见 | 班主任签名： 年 月 日 |
| 学工办意见 | 盖 章年 月 日  |
| 管理委员会意见 |  盖 章年 月 日  |