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 | | | | | | |