**附件： 皖南医学院关工委资助贫困学生申请审批表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本****情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 入学时间 |  |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 专 业 |  | 学 制 |  |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **家庭****经济****情况** | 家庭户口 | A、城镇 B、农村 | 家庭人口总数 |  |
| 家庭月总收入 |  | 人均月收入 |  | 收入来源 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| **申请****理由** | 申请人签名：  年 月 日  |
| **学院关工委****推荐****意见** | 同意该同学获得资助1000元。在本学院内公示三个工作日，无异议。辅导员签名： 负责人签字：  年 月 日 |
| **校关工委审核意见** | 经审核，现批准该同学获得资助1000元。  负责人签字： （公章）  年 月 日  |

**学院： 学号：**