附件2

安溪县慈善总会德顺赠医施药慈善基金

扶助就读医护专业贫困大学生申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 高中就读学校 |  | 高考分数 |  | 是否低保或精准扶贫户 |  |
| 录取大学 |  | 专业 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 申请人信用社卡号或账号 |  | 邮政编码 |  |
| 父母情况 | 称呼 | 姓名 | 年龄 | 职业 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请理由 |  |
| 村（居、社区）委会意见 | 签章年 月 日 | 乡镇民政办意见 | 签章年 月 日 |
| 县慈善总会审核意见 | 签章年 月 日 | 县慈善总会德顺赠医施药慈善基金设立者审查意见 | 签章年 月 日 |
| 备注 | 救助范围1.就读医护专业的2022级贫困大学生。2.就读医护专业的在校贫困大学生（含在读研究生、博士生）。需提供大学录取通知书复印件或在校就读证明、低保证或家庭贫困证明、身份证、信用社卡号或账号复印件等有效证件。 |