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。 | | | | | | | | | | | | | | | |