附件1

**广西医科大学学生突发性困难补助申请表**

学院： 填表时间: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 联系电话 |  |
| 学 号 |  | 年级专业 |  | 班 级 |  |
| 是否经济困难学生（如是，直接写类别） |  | 家庭  年收入 |  | 收入来源 |  |
| 贷款、受助及奖励情况 |  | | | | |
| 申请  理由 | （可另附页）  本人保证以上所述属实。  签名： 年 月 日 | | | | |
| 班主任或辅导员意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 学院  意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 学生资助管理中心意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |

注：本申请表一式两份，学校学生资助管理中心、学院各执一份。