

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

III

|                    |                                                   |           |  |      |  |
|--------------------|---------------------------------------------------|-----------|--|------|--|
| 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<br>年收入 |  | 收入来源 |  |
| 贷款、受助及奖励情况         |                                                   |           |  |      |  |
| 申请理由               | <p>（可另附页）</p> <p>本人保证以上所述属实。</p> <p>签名： 年 月 日</p> |           |  |      |  |
| 班主任或辅导员意见          | <p>签名： 年 月 日</p>                                  |           |  |      |  |
| 学院意见               | <p>（盖章） 年 月 日</p>                                 |           |  |      |  |
| 学生资助管理中心意见         | <p>（盖章） 年 月 日</p>                                 |           |  |      |  |

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。