|  |  |
| --- | --- |
| **上 海 市 慈 善 基 金 会 唯 爱 天 使 基 金** |  |
| **医学生奖助申请表** |  |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |  |
| **身份证号** |  | **出生地** |  | **联系电话** |  |  |
| **家庭地址** |  | **邮 编** |  |  |
| **就读学校** |  | **学号** |  |  |
| **专业/学制** |  | **E-mail** |  |  |
| **家 庭 成 员 情 况** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **工作单位** | **职务** | **年收入** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **个 人 简 历 及 获 奖 情 况** |  |  |
| **历 年 受 奖 助 及 贷 款 情 况** |  |  |
| **本次申请理由** | （签名） |  |
|  年 月 日 |
| **学校推荐意见** | （盖章） |  |
|  年 月 日  |
| **唯爱天使基金管理委员会 意见** | （签名） |  |
|  年 月 日 |
| **市慈善基金会意见**  | （签名） |  |
|  年 月 日 |
| **备注** |  |  |
| 1、 申请表需经学校推荐。  |  |
| 2、 第一次提交申请表需提供身份证复印件；第二次以后提交申请表需提供学习、思想小结。 |  |
| 3、 一式二份，学校、唯爱天使基金管理委员会各存档一份。 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |