**附件二**

**北京大学医学部退役军人帮扶援助专项补助申请汇总表**

**单位名称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性 别** | **年 龄** | **申请金额** | **需帮扶援助情况介绍** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**填表人： 填表时间： 年 月 日**