**附件一**

**北京大学医学部2024年退役军人帮扶援助专项补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 退伍时间 |  | | | 工资（学）号 | |  |
| 所在单位 |  | | | 联系电话 |  | |
| 申请补助金额 | | * 1000元 □ 2000元 | | | | |
| 曾获  其他资助情况 | | □受到 资助，金额 元。  □未受到资助。 | | | | |
| 申请理由：  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 系室（部门）意见：  签（章）： | | | | 二级单位党委意见：  签（章）： | | |
| 医学部人民武装部意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | |