附件1

**暨南大学莉莉医学本科助学金申请（审批）表**

 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人情况**  | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | （贴照片） |
| 学号 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 单位 |  学院 系 专业 年级 |
| 学年平均学分绩点 |  | 综合测评 |  | 有无重修（补考）科目 |  |
| 是否已办理助学贷款及金额 |  | 是否勤工助学及勤工助学岗位名称 |  | 是否欠交学费或住宿费及金额 |  |
| 何时曾获何种奖学金及金额 |  | 何时曾获何种助学金及金额 |  |
| **家庭经济情况** | 家庭户口 | A．城镇 B．农村 | 家庭人口总数 |  | 家庭月总收入 |  | 家庭人均月收入 |  | 收入来源 |  |
| 家庭住址、邮编 |  | 联系电话 |  |
| **家庭成员情况** | 姓名 | 年龄 | 与本人关系 | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **申请****理由（可另附页）** | 本人保证上述内容真实无误。 学生本人签名： |
| **学院推荐意见** | 负责人签名：年 月 日 | **医学部推荐意见** | 负责人签名：（公 章） 年 月 日 |
| **备注** |  |