附件1

上海市红十字会高校学生助医项目申报表

（2025年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校 |  | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 院系专业 |  | 年级 |  | 学号 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 临床诊断 |  |
| 是否自愿接受救助 | 是（ ） 否（ ）  |
| 是否接受过上海市红十字会高校学生助医项目救助 | 是（ ） 否（ ）  |
| 申请救助的理由（本人填写）： 签名： 年 月 日 |
| 院系对该生的困难情况说明： （盖 章）  年 月 日 |
| 学校红十字会意见： （盖 章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件2

上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表

（2025年）

 学校红十字会（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学校 | 院系 | 年级 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 临床诊断 | 疾病情况与治疗情况概述（100字以内） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |