**浙江大学医学院研究生困难补助申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 学号： | 所学专业： |
| 在校类型：（公费/自筹） | 导师姓名： | 本人联系方式：（手机： Email： ） |
| 民族： | 入学年月：  | 家庭住址： |
| 现在消费情况 |  元/月 | （1）伙食费 元/月；（2）其它费用 元/月 |
| 生活费用来源 | 家庭供给 元/月； 其它来源： 元/月 |
| 家庭成员情况 | 称谓 | 姓 名 | 年龄 | 月收入 | 工作单位 | 人均年收入（元/人·年） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请理由：（可加附页说明） |
| 申请补助金额：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |
| 导师意见：   |
| 系所/临床医学院意见：签名、盖章年 月 日 |
| 学院意见：签名、盖章年 月 日 |

本表一式一份，家庭困难情况写不下可另附纸