附件1：

**上海中医药大学学生临时困难补助申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 学院/培养单位 |  | 专业 |  |
| 生源地 |  | 民族 |  |
| 联系电话 |  | 培养层次 | □本专科生  □研究生 |
| 是否为认定的家庭经济困难学生 | □是  □否 | 困难等级 | □一般困难  □特别困难 |
| 临时困难补助申请理由：  申请人：  年 月 日 | | | |
| 学院/培养单位审核意见：  辅导员：  学生工作负责人：  年 月 日 | | | |
| 学（研）工部审核意见：  负责人：  年 月 日 | | | |