附件2

青岛农业大学“爱心一日捐”

捐赠资金资助申请表（学生）

编号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | |
| 所在学院 |  | 专业班级 |  | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 银行卡号 |  | | 开户行 | |  | | |
| 申  请  理  由 | 申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 所在  学院  审核  意见 | 经社会、商业保险补贴或国家、山东省政府、学校补助（含各类奖助学金）后，一个年度内个人负担医疗费（大写） 元。  单位盖章、领导签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 学生处或研究生处  审核  意见 | 单位盖章、领导签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 学校  审核  意见 | 盖章、负责人签字：  年 月 日 | | | | | | |

注：此表一式2份，1份交校工会，1份交学生处（研究生处）。