**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