

湖南理工学院学生重大疾病及意外伤害救助基金申请表

姓 名		性 别		学院、年级、班	
电 话		所在寝室		学 号	
家庭地址					
病情说明					
预计医疗费用总额			预计应自负医疗费用总额		
申请资助金额					
家庭 经济 情况 说明					
学 院 意 见	签名 年 月 日		盖 章 年 月 日	基金 管理 委员 会意 见	盖 章 年 月 日
备 注					