

补办《学生医疗手册》申请表（少民计划学生用）

<p>备注: 此申请表仅用于个人补办学生医疗手册使用。 此联申请人需认真填写并黏贴好照片,由院系负责人签字并加盖学院公章后方可生效。 学生医疗手册仅限本人使用,使用过程中需同时出示校园一卡通。</p> <p>办理流程: 申请人携带已填写好的申请表及本人校园一卡通到本部校医院信息科(505室)办理。</p>	申 请 人 填 写	申请人姓名				照片黏贴处	
		所在院系					
		性别		年龄			
		身份证号					
		学号		联系电话			
		人员类别	<input type="checkbox"/> 预科生 <input type="checkbox"/> 本科生 <input type="checkbox"/> 硕士研究生 <input type="checkbox"/> 博士研究生 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		专业就读时间	年 月至 年 月				
		申请原因					
		申请人所在院系审批意见: <input checked="" type="checkbox"/> 申请人所填资料属实并为本院系少民计划在读学生 <input checked="" type="checkbox"/> 知情并同意此学生办理公费医疗 审批单位: _____ 负责人(签字): _____ 日期: _____ 年 月 日					

自行裁剪



补办《学生医疗手册》申请表（副联）

<p>备注: 此申请表仅用于个人补办学生医疗手册使用。 此联申请人需认真填写,由院系负责人签字并加盖学院公章后方可生效。 此副联交由校医院留存。</p>	申 请 人 填 写	申请人姓名		性别		
		所在院系		年龄		
		学号		联系电话		
		身份证号				
		人员类别	<input type="checkbox"/> 预科生 <input type="checkbox"/> 本科生 <input type="checkbox"/> 硕士研究生 <input type="checkbox"/> 博士研究生 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
		专业就读时间	年 月至 年 月			
		申请原因				
		申请人所在院系审批意见: <input checked="" type="checkbox"/> 申请人所填资料属实并为本院系少民计划在读学生 <input checked="" type="checkbox"/> 知情并同意此学生办理公费医疗 审批单位: _____ 负责人(签字): _____ 日期: _____ 年 月 日				