附件2： 湖北希望工程“希望护航关爱行动”

中国宋庆龄基金会鄂尔多斯温暖专项基金—助医类奖学金申请表

（抗疫一线牺牲医务人员子女）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 学校 |  | 专业 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 监护人姓名 |  ­姓名： 联系电话:­  |
| 家庭通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 受助对象指定银行账户 | 户 名 |  (申请对象本人或监护人的真实姓名) |
| 开户行名 |  银行 分行 支行 分理处 |
| 账(卡)号 |  |
| 专业学习情况简介 |  |
| 申请人签字确认 | 以上情况属实！  申请人签名： |
| 院校团委审核意见 |  签章：  年 月 日  |
| 省青基会审批意见 |  签章：  年 月 日  | 中国宋庆龄基金会审批意见 |  签章：  年 月 日 |

备注：“助医类奖学金”要求申领人所学专业为医学类相关专业（专科、本科、硕士及博士阶段），每年度申请一次，奖学金金额为2万元/人/年。