附件一

**重庆医科大学扶贫县成人高等教育在读学生学费减免申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **学号** |  |
| **入学****时间** |  | **班级****全称** |  | **本人****电话** |  |
| **身份****证号** |  | **家庭****地址** |  |
| **本人****银行****卡号** |  | **开户行详情** |  |
| **工作****单位****信息** | **工作单位全名** |  |
| **单位详细地址** |  |
| **单位负责人****及联系电话** |  |
| **学费****发票****复印****件粘****贴处** | **发票复印件粘贴处****（遗失者请填写学费缴纳时间、金额、方式等信息，或将缴费截图粘贴）** |
| **工作****单位****核实****确认** |  **本单位上述人员工作信息真实** **核实人： （盖单位公章）****年 月 日**  |
| **申请人签名** |  **申请人：** **（须手写签名）** **年 月 日** |
| **说明：1、符合减免通知要求的成教在校在读学生，如需申请，须填写此申请表。****2、请如实填写工作单位、基本信息，不得弄虚作假，诚信申请。****3、请按通知要求及时间节点按时提交申请，逾期视为放弃。（申请表交原件、掃描件、影印版均可）****4、若有支撑证明材料请附后。** |