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。** | | | | | | | | | |