**华西临床医学院学生国际学术交流助学金申报表**

|  |
| --- |
| 姓名： 性别： 出生年月： 导师： 学号： 年级/专业： 照片 出境时间： 联系方式： 粘贴处   |
| 出境事由 |  |
| 之前是否受本助学金资助（教务部审核） | 教务部部长签字：  年 月 日 |
| 是否符合本助学金申报条件（学工部审核） | 辅导员签字：学工部部长签字：  年 月 日 |
| 导师和/或科室、系意见 | 签字：  年 月 日 |
| 医院外事办 | 签字  年 月 日 |
| 学院负责人审批 |  教学副院长（或教学副书记）签字 盖章 年 月 日  |

 **华西临床医学院/华西医院**

年 月 日