**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