**附件一**

**北京大学医学部复转军人困难补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 退伍时间 |  | 工资（学）号 |  | 所在单位 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 当年获得各类资助情况 | □受到 资助，金额 元。□未受到资助。 |
| 申请困难补助理由： 申请人签字： 年 月 日 |
| 系室（部门）意见： 签（章）： | 二级单位党委意见：签字（盖章）：  |
| 医学部人民武装部意见： 盖章 年 月 日 |