附件2：

**北京大学医学部生活困难党员补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 户口所在地 | |  | | 入党时间 | |  | | | 申请金额 |  |
| 所在支部 | |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 校园卡号 | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 个人  或家  庭生  活困  难情  况 |  | | | | | | | | | |
| 近一年是否  接受过相关资助 | | | 是□ 否□ 个人签字 | | | | | | | |
| 基层党委（总支）意见 | 负责人签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 党委组织部意见 | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 说明 | 1. 本表为生活困难党员申请补助之用，可手写也可打印； 2. 生活困难情况的陈述需简明扼要、事实清楚； 3. 本表一式两份，各二级党委（党总支）留存一份，交医学部党委组织部一份。 | | | | | | | | | |