上海健康医学院学生护照申请登记表

院系： 专业 ： 班级： 学号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  | | 民族 |  |
| 入学时间 |  | | | 政治面貌 |  | | | 入学前户口 | | □1.城镇 □2.农村 | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | 手机号码 | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭联系电话 |  | | | | | | 家庭邮编 | | |  | | | |
| 曾获何种资助 |
| 家庭成员 | 姓名 | 年龄 | 与本人关系 | | | | 工作（或学校）单位 | | | | | 联系电话 | | |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |
| 申请理由（200字）：  申请人签名：    年 月 日  家长签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 辅导员意见：  辅导员签名：  年 月 日 | | | | 院 系 审 核 意 见：  党总支副书记签字：  （学院公章）  年 月 日 | | | | | | 学工部门意见：  部门负责人签字：  （部门公章）  年 月 日 | | | | |

说明：本表由学校负责保管，以便备查。