南通师范高等专科学校

学生心理健康专项困难补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学院 |  | 班级 |  |
| 姓名 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 心理健康主要问题 |  | 服药名称 |  |
| 是否家庭经济困难学生 |  |
| 家庭住址 |  | 家长手机号 |  |
| 申请理由：申请人签名： 年 月 日  |
|
|
| 校心理咨询中心审核意见：签名： 年 月 日 |
|
|
| 学生工作处审核意见：签名： 年 月 日 |
| 校学生资助工作领导小组审批意见： 签名： 年 月 日  |