陕西中医药大学党内关爱帮扶申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 入党时间 |  | 党员组织关系所在党支部 | |  | |
| 现居住地 |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭成员  基本情况 | 姓名 | 关系 | 职业 | 月收入（元） | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申  请  主  要  事  由 |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 党支部  意见 | 签章 年 月 日 |
| 分党委  （党总支）  意见 | 签章 年 月 日 |
| 党委组织部审核意见 | 公章 年 月 日 |
| 校党委  意见 | 公章 年 月 日 |

注：此表请用A4纸正反面打印。