|  |
| --- |
| **苏州大学苏州医学院“康哲奖学金”申请表** |
| 单位名称（盖章）： |  |  | 填表日期 ： | 2023年 月 日 |
| 个人情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 入学时间 |  |
| 学号 |  | 联系电话 |  |
| 银行卡号 |  |
| 学院 |  | 专业 |  |
| 学业成绩 | 第一学期 | 课程名称 | 成绩 | 第二学期 | 课程名称 | 成绩 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请理由 |  |
|
|
|
|
|  |  |  | 本人签字： |  |
| 学院意见 | **经评审，该同学获“康哲奖学金” 等奖。** |
|
|
|
|  |  |  |  | 签字（盖章）： |  |