“帮扶送教育”报名表

部门 / 科室：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 子女数量 | 子女所处教育阶段（小学、初中、高中） | 致困原因 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 科主任/护士长 签字：