附件2

**上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表**

**（2024学年）**

 学校红十字会（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学校 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 年级 | 联系电话 | 有无医疗保险 | 曾受资助种类 | 临床诊断 | 病理诊断 | 疾病情况与治疗情况概述（50字左右） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：**

**1.本表请务必用EXCEL表格制作，并将电子版汇总表格于10月11日前上传至对应网盘，方便学校汇总。**

2.排序方式：请根据学生的疾病严重程度和困难程度，按照“从高到低”的顺序，对助医对象进行排序。

3.此表为样表,表格行数根据申报情况而定。