附件：受助学生收款确认表

**湖北陈孝平科技发展基金会**

**《陈孝平助学金·受助学生收款确认表》**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 入学年份 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 大学 学院 系 班 |
| **本人于 年 月 日收到湖北陈孝平科技发展基金会201 年度“陈孝平助学金”，金额：伍仟元人民币。**受助学生确认签字： 年 月 日  |
| **以上情况属实。**学校学生资助处（加公章）： 年 月 日 |

注：1、填写要求：需申请人亲笔填写；书面工整，内容真实；

 2、邮寄地址：湖北省武汉市硚口区解放大道1095号华中科技大学同济医学院附属同济医院外科大楼24楼，湖北陈孝平科技发展基金会，邮编430030 。