附件3

**上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表**

**（2016学年）**

 学院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

项目负责教师： 所在部门：

办公电话： 传真： 手机号：