附件

2024年度“交通银行残疾大学生

励志奖学金”登记表

**姓 名** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**所在高校** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**手机号码** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**电子邮箱** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **民族** |  | **政治面貌** |  | **文化程度** |  |
| **籍贯** |  | **残疾类别** |  |
| **残疾人证号** |  |
| **身份证号** |  |
| **所在高校、院系及专业** |  |
| **通讯地址及邮编** |  |
| **本人简历****20\*\*年9月至20\*\*年6月 某某小学**  **20\*\*年9月至20\*\*年6月 某某中学**  |
| **何时曾获何种荣誉称号或奖励****20\*\*年\*月，曾荣获国家励志奖学金（从国家级到校级开始填写）** |
| **个人事迹（要求800字以内，内容真实、具体）** |
| **所在高校签署意见并盖章** **年 月 日** |
| **省级残联办公室签署意见并盖章** **年 月 日** |