附件2

申请核验脱贫人口家庭学生名单

学院名称： 联系老师： 联系电话： 填表日期： 2024年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **省外户籍** | | | | |
| 序号 | 年级专业 | 姓名 | 身份证号码 | 入学前户籍所在地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **省内户籍** | | | | |
| 序号 | 年级专业 | 姓名 | 身份证号码 | 入学前户籍所在地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填写说明：申请核验脱贫人口家庭学生名单材料提交截止时间：**2024年8月30日(周五）上**午12点之前。