

附件

学校名称：_____

单位：元

序号	学生姓名	居民身份号	入学年月	学历层次	院系名称	专业名称	学费标准	残疾类别	残疾证号

注： 学历层次 填写专科，“院系名称”填写 分院（办学点）； 表中各栏信息必须完整填写。

负责人：_____ 填报人：_____ 联系电话：_____ 年____月____日