附件2

**上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表**

**（2025学年）**

 学校红十字会（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学校 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 年级 | 联系电话 | 临床诊断 | 疾病情况与治疗情况概述（100字内） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |