

在肥高校在校大学生异地就医登记表

学院名称：

登记时间：

姓名		性别		年龄	
身份证号码				学籍号	
就医地					
病情摘要及情况说明：					
学校学生辅导员意见：					
签字：					
年 月 日					
学校医保经办机构意见：					
学校医保经办机构（盖章）：					
经办人员签字：					
年 月 日					