**眼里的光--河南省青少年眼健康关爱计划**

**自主报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 电话 |  |
| 年龄 |  | 民族 | |  | 学校 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 申请治疗项目 |  | | | | | |
| 申请理由 |  | | | | | |
| 本人/监护人  银行卡号 | 户名 | |  | | | |
| 账户 | |  | | | |
| 开户行 | |  | | | |
| 监护人姓名： | | | | | | |

**另：需配镜、手术治疗且家庭困难的学生需提供由社区（村）出具的家庭困难证明**