**医疗外伤报销情况说明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号码** |  |
| **学号** |  | **联系电话** |  |
| **受伤地点** |  | **受伤时间** | **年 月 日 时** |
| **详细经过：**  本人因xxxx （原因）导致 xxx （受伤部位），受伤后前往 xxxx （医院名称）进行 xxxxx （治疗内容）。    受伤人签名：  日期： | | | |
| 证明人：  学院盖章：  日期： | | | |