|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 《广州医药》版面费减免申请表 | | | |
| 申请人姓名 |  | 导师姓名 |  |
| 就读学校 |  | 学校层次 | 985 211 双一流高校 |
| 稿号 |  | | |
| 论文标题 |  | | |
| 基金 |  | | |
| 本人承诺申请信息均属实。若未如实上报本人情况，将自愿接受《广州医药》杂志社有关规定的处理，补交减免的版面费。  申请人（签名）：  日 期： 年 月 日 | | | |
| 导师意见：  导 师（签名）：  日 期： 年 月 日 | | | |
| 证明材料：请附上学生证（校徽页及个人信息页）或学籍在线验证报告的照片。 | | | |
| 编辑部意见：  编辑部公章：  日 期： 年 月 日 | | | |

注：此表双面打印并填写完成后，扫描成pdf格式上传。