**浙江大学医学院优秀“新生之友”推荐表**

单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | | **性别** | | |  | | **民族** | |  |
| **出生年月** | |  | | **学历** | | |  | | **职称** | |  |
| **政治面貌** | |  | | **联系寝室** | | |  | | | | |
| **交流次数** | |  | | **主要交流方式** | | |  | | | | |
| **“新生之友”工作实绩及表现**（可另附纸） | | | | | | | | | | | |
| **“新生之友”工作记实表** | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **时间** | | **地点** | | **形式** | **参加人员** | | **内容** | | **备注** | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 院系意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 学园意见    （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 学校意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：请用A4纸双面打印。