附件1

口腔医学院“榜样之星”申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | | |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 照片（红、蓝底色） |
| **民 族** | | |  | **年 级** |  | **政治面貌** |  |
| **层次班级** | | |  | | **现任职务** |  | |
| **联系方式** | | |  | | **申报类型** |  | |
| **主**  **要**  **事**  **迹** | | （400字内） | | | | | | |
| **获**  **奖**  **情**  **况** |  | | | | | | | |
| **年级推荐意见** | 辅导员签章：  年 月 日 | | | | | | | |
| **学院评审意见** | 签 章：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：申报类型从5种榜样之星中任选其一。另附1500字事迹材料。