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。