附件1

滨州医学院2015年

暑期“三下乡”社会实践团队备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 团队名称 |  |
| 所属院系 |  |
| 学院负责人 | 姓 名 |  |
| 职 务 |  |
| 联系方式 | 手机：QQ： |
| 团队指导教师 | 姓 名 |  |
| 职 务 |  |
| 是否随团 |  |
| 联系方式 | 手机：QQ： |
| 团队学生负责人 | 姓 名 |  |
| 学院专业年级 |  |
| 联系方式 | 手机：QQ： |
| **日程安排** |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
|  月 日至 月 日 | 活动地点： 活动内容： 参加人员： |
| **团队成员情况** |
| 院 系 | 姓 名 | 性 别 | 年 级 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 院系团总支（团委）意见 | 负责人签字 （盖章）年 月 日  |
| 校团委意见 | 负责人签字 （盖章）年 月 日 |

共青团滨州医学院委员会制