菏泽医专优秀校友信息登记表

填写时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 入校时间 |  | 在校班级 |  | 班主任 |  |
| 最后学历学位 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 电话 |  | QQ |  | 微信 |  |
| 工作单位 |  | | 通讯地址 |  | |
| 学习及  工作简历 |  | | | | |
| 所获荣誉 |  | | | | |

**注：1.欢迎广大校友捐献具有一定历史意义的校史资料。**

**2.请各市卫生局的校友积极担负起组织协调工作。**

**3.请省级医院校友每单位推荐1至2人担负组织协调工作**