医学院本科生社会实践学分认定申请表

姓 名		学 号	
年 级		专 业	
联系方式		邮 箱	

序号	项目名称	年份	指导教师	项目级别	起止时间	时长(天)	获奖情况
1				□校级 □院级			
2				□校级 □院级			
3				□校级 □院级			
4				□校级 □院级			
累计时长	天						
所在团支部、班级初审意见	□合格 □不合格，原因：_____ 签字： 年 月 日						
学院认定意见	□合格 □不合格 院教务办(签盖)： 年 月 日 院团委(签盖)： 年 月 日						

共青团厦门大学医学院委员会制