**医学院社会实践优秀团队主要负责人加分证明**

|  |  |
| --- | --- |
| 团队名称 |  |
| 社会实践时间 |  |
| 主要负责人：（最多五位） | 学号 | 姓名 | 班级 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 团队成员（不够可自行增补表格） |
| 学号 | 姓名 | 学院 | 班级 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 指导老师意见：签字：日期： |
| 学院团委意见：盖章：日期： |