**2024-2025浙江大学医学院**

**“医领计划”学生骨干培养工程报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  | （一寸照） |
| 性 别 |  | 邮 箱 |  |
| 学 号 |  | 政治面貌 |  |
| 班 级 |  | 民 族 |  |
| 所属组织及职务 |  |
| 受过何种奖励或处分 |  |
| 学生工作经历 |  |
| 社会实践经历 |  |
| 请简述你希望通过学生骨干培训收获什么 |  |

1.请于2024年10月22日24：00前将电子版报名表发至邮箱 zjumssu@163.com

2.此表复制有效，内容可另附页。

3.若信息填写不全或逾期上交，报名表将按作废处理，责任自负。

4.邮件主题和报名表名称请使用“医领计划-姓名-手机号”格式。若同一邮箱地址多次提交，将以截止时间内最后一次提交内容为准，并请在更正邮件中标注说明。