附件2

**高等医学院校2015年度“大学生社区卫生服务体验活动”确认函**

院校名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学院/学系 |  | | |
| 负责人 |  | 联系方式 |  |
| 联络人 | 姓名：  工作电话：  移动电话：  工作邮箱： | | |
| 参与人数 | 在校本科生：  在校研究生：  合计人数： | | |
| 单位意见：  负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）  年 月 日 | | | |

\*此表复印有效