济宁医学院校友返校服务登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **返校联系人** |  | **身份证号** |  |
| **联系电话** |  | **车辆信息** |  |
| **所属学院** |  | **入学年份** |  |
| **专业、班级** |  | **毕业时间** |  |
| **辅导员姓名** |  | **联系电话** |  |
| **返校时间** |  **年 月 日****□上午 □下午** | **返校****人数** |  |
| **返校校区** | **□太白湖校区 □任城校区 □日照校区** |
| **随行****人员****信息** | **姓名** | **性别** | **身份证号** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **返校事宜** | □校友联谊 □师生座谈 □参观校园□其他活动：  |
| **返校联系人签字：** **年 月 日** | **学校校友会办公室意见：****（盖章）****年 月 日** |

学校联系电话：0537-3616021