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