**附件2：**

**川北医学院2019年逐梦计划审核信息登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 寸照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 政治面貌 |  | 专 业 |  |
| 联系电话 |  | 学 号 |  |
| 自我评价 |  | | | |
| 所获荣誉 |  | | | |
| 院系意见 | 团总支负责人签字： （党总支盖章）  年 月 日 | | | |
| 校团委意见 | 校团委意见（盖章）  年 月 日 | | | |