附件：

武汉大学口腔医学院2024年度杰出校友推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | (照片) | |
| 在校学习或工作经历 | | |  | | | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 职务 | |  | 职称 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 办公电话 | |  | | 手机 | |  | | 邮箱 | | |  | |
| 主  要  事  迹 | | （若内容较多，可另加附页） | | | | | | | | | | |
| 本人确保以上材料的真实性，并配合做好有关的后续工作。  推荐人或自荐人签名（章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 院教授委员会意见 | |  | | | | | | | | | | |
| 院党委常委会意见 | |  | | | | | | | | | | |