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 |  |