附件5：

校学代会医学部代表候选人遴选登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 学号 |  |
| 所在班级 |  |
| 性别 |  |
| 民族 |  |
| 政治面貌 |  |
| 担任现职 | （在各级党团组织、学生会组织、班级担任职务情况） |
| 联系电话 |  |
| 本人对申报信息完备和真实性承诺 | （由本人书面抄写以下内容并签字：本人承诺以上申报信息完整且真实。） |
| 资格审查情况 | （由筹委会指定专人核实并书面书写审查意见并签字） |
| 备注 |  |