附件2

“健康扶贫青春行”专项实践团队申报表

所在高校：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **团队名称** |  | | |
| **团队负责人**  **信息** | 带队老师姓名: 职务（职称）：  联系电话： | | |
| 学生负责人姓名: 专业：  联系电话： | | |
| **团队成员**  **信息** | 范例：  李明 \*\*医院\*\*科 副主任医师  张三 2016级 临床医学专业 本科  李四 2016级 内科学 硕士研究生  （共计\*人） | | |
| **意向地** |  | 是否已与当地团组织取得联系 |  |
| **实践方案** | （可另附页） | | |
| **经费预算** |  | | |
| **学校团委**  **推荐意见** |  | | |
| **备 注** |  | | |