附表2

**浙江省“康恩贝自强奖学金”推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被推荐人姓名 | 学生填写 | | 性 别 | 学生填写 | 出生年月 | 学生填写 | |
| 被推荐人所在单位（学校、系、专业、  班级） | 学生填写 | | | | | | |
| 推荐奖励  等级和理由 | （各临床医学院、系所负责老师填写） | | | | | | |
| 推荐单位  联系方式 | 单位名称 | 不填 | | | | | |
| 联 系 人 | 不填 | | | | | |
| 电 话 | 不填 | | | | | |
| 传 真 | 不填 | | | | | |
| 通讯地址 | 不填 | | | | | |
| 邮政编码 | 不填 | | | | | |
| 开户银行 | 不填 | | | | | |
| 账 号 | 不填 | | | | | |
| 推荐单位  意 见 | （各临床医学院、系所负责老师填写意见）  （公章）不用盖章  年 月 日 | | | | | |
| 省评审办公室意 见 | 不填  （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

说明：1、本表和其它相关材料一起送，一式两份；2、本表复印有效。