滨州医学院学生暑期“校县结对”志愿服务考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生信息** | 姓名 |  | 性别 |  | | | 农行卡号 |  |
| 学院 |  | 学号 |  | | | 联系电话 |  |
| **服务信息** | 服务日期： 年 月 日至 年 月 日  每天工作时间： 小时  共计 天  累计 小时 | | | | 服务地点： | | | |
| **县市区资助中心考核意见** | 负责人签字： 县（市、区）资助中心盖章  联系电话： 年 月 日 | | | | | | | |
| 学院审批意见：  负责人签字： 学院盖章：  年 月 日 | | | | | | 学校审批意见：  负责人签字： 学校盖章：  年 月 日 | | |

**备注：**1、此表由县（市、区）资助中心填写，作为学生参加校县结对生源地信用助学贷款大学生志愿者社会实践的考核依据。

2、新学期开学一周内，学生持此表提交学院团总支（团委），由学院整理后统一报送至学校资助管理中心。