附件

山东省无偿献血爱心大学生奖申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名称 | 姓 名 | 身份证号码 | 联系方式 | 献血次数 | 志愿服务时长 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 申报血站意见 | 主要负责人签字：盖章：日期：2019年月日 |
| 市卫生健康委意见 | 分管负责人签字：盖章：日期：2019年月日 |
| 省献血办意见 | 主要负责人签字：盖章：日期：2019年月日 |