**附件:**

**口腔医学院班主任岗位申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 出生年月 |  | |
| 民族 | |  | | 学历 |  | | | 政治面貌 |  | |
| 专业技术职务 | | | |  | | | | 是否担任过班主任 | |  |
| 电话 | | |  | | | 邮箱 |  | | | |
| 工作设想 | 本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学院学工组意见 | 学生工作组组长签字： 公章 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学院党委审批意见 | 院党委书记： 公章 年 月 日 | | | | | | | | | |