附件3

**重庆医科大学校友登记表**

**登记时间： 年 月 日 编号：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **所属****院系** |  | **年级**（入校年份） |  |
| **性别** |  | **专业** |  | **学号** |  |
| **最后学历**（在□中打√） | **专科**□ **本科**□ **硕士**□ **博士**□ **博士后**□**工作**□ **进修**□ **培训**□ **荣誉**□ **其他**□ |
| **工作单位** |  |
| **现任职务** |  | **职称** |  |
| **主要社会任职**（学会、协会等） |  |
| **联系电话** |  | **电邮信箱** |  |
| **通讯地址** |  |
| **其它信息**（校友自行补充） |  |
| **对学校的****意见和建议** |  |

**重庆医科大学 校友工作办公室**

**地 址：重庆市渝中区医学院路1号 邮政编码：400016**

**联系电话：023-68485000 传 真：023-68485111**

**电子信箱：xyb@cqmu.edu.cn**