附件： 2019年度\_\_\_\_\_学院（临床医学院）捐赠接收情况统计表

填报单位（公章）： 填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 捐赠单位或个人 | 捐赠形式（物资、现金等） | 数量或金额 | 捐赠用途 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |