附件4：

**北京大学医学部2017年学生暑期社会实践活动**

**实践地接收证明**

北京大学\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（学院/临床医院）：

我单位同意接收贵校\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（领队姓名）等\_\_\_\_人自\_\_\_月\_\_\_日到 \_\_\_月\_\_\_日到\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（实践具体地点）开展暑期社会实践活动，并对他们相关活动给予支持和帮助。

特此复函。

此致

敬礼！

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（接收单位名称）

二〇一七年 月

（单位公章）

附：

接收单位联系人姓名及联系电话：

实践团领队及联系电话：