湖北医药学院2023年大学生暑期社会实践

实践地证明

共青团湖北医药学院委员会：

我单位同意湖北医药学院 （单位/院系） 等 （全部队员名单） 等 （团队总人数） 人自 月 日到 月 日在 （地点）开展暑期社会实践活动，并对其相关活动给予支持和帮助。

特此复函。

联系人：

办公电话：

此致

敬礼！

（单位名称）

二〇二三年 月 日

（单位公章）