附件三

**述职评议结果汇总表**

**团总支名称：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **团支部** | **团支部书记姓名** | **述职等级** |
| 2019级本科临床医学9班团支部 |  | 好/较好/一般/差 |
| 以此类推 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |