**达州中医药职业学院保留入学资格申请表**

编号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 学 号 |  |
| 系部 | |  | | 专业名称 |  | |
| 入学年度 | |  | 入学班级 |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 家长姓名 | |  | | 联系电话 |  | |
| 情况说明：  申请人签字：　　　　　　　　　 日期： | | | | | | |
| 系部意见 | 1．申请（是、否）属实；  2．家长（是、否）知晓；  3．其他  班主任签名： 日期： | | | 系主任意见：  签字（盖章）： 日期： | | |
| 学校学籍经办人员核对（附件等，是否完整）： 是□否□  其他情况（是否完整）： 是□否□  学籍经办人签字：　　　　　　　　　 日期： | | | | | | |
| 教务处意见：  签名：　　　　　　　　　日期 | | | | 分管领导意见：  签名： 日期 | | |