**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 |