附件13：

**安徽医科大学临床医学院课程缓考申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课程名称** |  | **学 期** |  | **专业班级** |  |
| **姓 名** |  | **学 号** |  | **性 别** |  |
| 事由：  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 辅导员意见：  辅导员签字：  年 月 日 | | | | | |
| 系部意见：  签章：  年 月 日 | | | | | |
| 教务处意见：    签章：  年 月 日 | | | | | |

备注：表格一式三份，教务处、学生系部、课程系部各自保留一份。