**附件1：**

安徽医科大学临床医学院课程重修申请表

申请日期： 年 月 日 20 － 20 学年第 学期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | | 姓名 |  | 性别 |  | | 年级 |  |
| 入学年月 |  | | 专业小班 |  | 身份证号 |  | | | |
| 通讯地址(邮编) | |  | | | | | | | |
| 联系手机 | |  | | | E-mail | |  | | |
| 申请重修课程名称 | |  | | | 学分 | |  | | |
| 原课程学年学期 | | 20 －20 学年第学期 | | | 原课程最高分  (补考及格填60) | |  | | |
| 申请原因 | |  | | | | | | | |
| 跟读年级/专业/班级 | |  | | | | | | | |
| 申请人确认 | | 本人承诺上述所填内容属实，并知晓《安徽医科大学临床医学院学分制学籍管理细则》并遵守相关规定，能获知考试时间并按时参加考试。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 辅导员 | | 审核人签名:  年 月 日 | | | | | | | |
| 学生所在  系部意见 | |  | | | | | | | |
| 课程归属  系部意见 | |  | | | | | | | |
| 教务处意见 | | 签(章)  年 月 日 | | | | | | | |

**注意事项：**

1、填写本表前，需按教务处公布的相关年级课程表进行选课。

2、未办理重修申请手续而擅自参加考试者，成绩无效。