**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。