**安徽医科大学临床医学院学生退学申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 学号 |  | 系、部 |  |
| 年级专业班级 |  | 身份证号 |  |
| 申请原因 | 申请人签名：学生家长签名：年 月 日 |
| 辅导员意见 |  负责人签字： 年 月 日 |
| 系、部意见 |  负责人签字： 年 月 日 |
| 学生处意见 |  负责人签字： 年 月 日 |
| 图书馆意见 |  | 财务处意见 |  |
| 教务处意见 |  负责人签字： 年 月 日 |
| 分管院领导意见 |  院领导签字： 年 月  |
| 学院意见 |   院领导签字： 年 月 日 |
| 教务处学籍办理人员签字 |  | 实际经办人签字 |  |

**注意事项：**1.本表一式四份，履行完审批手续后，系部、学生处、财务处和教务处各留一份保存。