**安徽医科大学临床医学院学生保留学籍申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 系部 |  | 专业班级 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 保留学籍原因 |  保留学籍学生签名： 年 月 日 |
| 辅导员意见 | 辅导员签名： 年 月 日 |
| 系部意见 | 系主任签名： 年 月 日 |
| 学生处意见 |  学生处处长签名： 年 月 日 |
| 图书馆意见 |  | 财务处意见 |  |
| 教务处审核 | 教务处处长签名： 年 月 日 |
| 教务处学籍管理人员签字 |  | 实际经办人签字 |  |
| 注意事项 | 1、保留学籍的学生，必须办理离校手续；2、学生必须在退伍一个月内向原就读学校报到，并持入伍通知书、退役证向学校教务处申请恢复学籍。逾期两年不办理恢复学籍手续者，作自动退学处理。3、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。 |
|  |  |