**湖北医药学院本科学生复学申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 院（系） | |  |
| 学号 |  | 专业 |  | 层次 | |  |
| 休学时间 | 年 月至 年 月 | | | 原班级 | |  |
| 联系方式 |  | | | 拟复学班级 |  | |
| 申请复学理由 | 学生签字：                                  年       月      日 | | | | | |
| 院（系）意见 | 签 字：  年 月 日 | | | | | |
| **特别告知**：复学学生在办理复学手续后一周内，请根据现所在班级教学计划办理课程转换。若不及时办理，将对学业清理或毕业资格审核结果造成影响。  签字：  年 月 日 | | | | | | |

备注：本表审批结束后，3日内将原件交教务处备案，作为学籍异动依据留存。学生所属学院和学生留存复印件。