研究生保留入学资格申请表

　　 -　　 学年第 学期

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 | |  | |
| 入学方式 |  | 院 系 | |  | |
| 手 机 |  | 电子信箱 | |  | |
| 申请保留入学资格原因 | ①病假，病因为　　　　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_（附二级甲等以上医院诊断证明）  ②事假，事由为　　　　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_（附相关凭证）  ③其他原因：　　　　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（附相关凭证） | | | | |
| 申请保留入学资格时间 | \_\_\_\_\_\_\_\_年　 　月　 　日 至 \_\_\_\_\_\_\_年　 　月　　日 | | | | |
| 本人申请保留入学资格，并承诺在上述期限内返校申请恢复入学资格。  本人知悉，保留入学资格期间不具有学籍，不享受在校生待遇。除应征入伍外，申请保留入学资格每次时间不超过1年，累计时间不超过2年。  新生保留入学资格期满前应向学校申请入学，经学校审查合格后办理入学手续。以学年为单位保留的，与下年新生同时入学。学校审查不合格的，取消入学资格；新生逾期不办理入学手续且未有因不可抗力延迟等正当理由的，视为放弃入学资格。  本人签名： 年　 月 　日 | | | | | |
| 下栏由导师或班主任签署，两者之一即可 | | | | | |
| 研究生导师意见 | 签名： 　　　　　　　　　　 日期： | | 班主任  意见 | | 签名： 　　　　　　　　　　 日期： |
| 院系分管  领导意见 | 签名： 　　　　　　　　　　 日期： | | | | |
| 研究生院  意见 | 签名： 　　　　　　　　　　 日期： | | | | |