**南京中医药大学本科生学籍异动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 学号 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 学院 | |  | 专业 |  | 班级 |  | 申请日期 | 年 月 日 |
| 联系电话 | |  | 通讯地址 |  | | | | |
| 异动类别 | | | * 保留入学资格1年 | | | | | |
| * 申请入学 | | | | | |
| * 休学1年 从 年 月至 年 月 | | | | | |
| □ 复学 于 年 月 日复学，插入 班 | | | | | |
| * 留级 由 年级留入 年级 | | | | | |
| * 转专业 由 学院 专业转入 学院 专业 | | | | | |
| □ 退学 于 年 月 日退学 | | | | | |
| * 保留学籍 | | | | | |
| * 取消学籍 | | | | | |
| □ 其他 | | | | | |
| 异  动  原  因 | (可附页)  家长签字： 本人签字：  日 期： 日 期： | | | | | | | |
| 附件 | □医院诊断书 □入伍通知书 □创业计划书、营业执照等 □其它材料 | | | | | | | |
| 审  核 | 校医院复查意见  （因身心健康原因） | | | 院长签字（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 其他相关部门意见(因心理健康原因需大学生心理健康咨询中心、参军入伍需学工处、创业需校团委签署意见，台港澳侨籍学生需台港澳教育中心签署意见) | | | 负责人签字(盖章)： 年 月 日 | | | | |
| 学院审核意见 | | | 分管领导签字（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 教务处意见 | | | 分管处长签字（盖章）： 年 月 日 | | | | |

**备注：1.保留入学资格期满未申请入学或审查不合格，取消入学资格；**

**2.复学需附休学发文复印件。休学期满未办理复学手续或复查不合格，作退学处理；**

**3.身心健康原因休、复学出具的医院诊断书为二级甲等以上医院证明。**