**附件2：**

安徽医科大学临床医学院往届生返校课程重修申请表

申请日期： 年 月 日 20 － 20 学年第 学期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 姓名 |  | | | | 性别 | |  |
| 年级 |  | 专业 |  | | | | 离校日期 | |  |
| 通信  地址 |  | | 邮编 |  | | 联系方式 | 手机 |  | |
| Email |  | |
| 申请重修课程名称 |  | | 课程学分 | |  | | | | |
| 原课程学年学期 | 20 －20 学年第 学期 | | 原课程最高分  (补考及格填60) | |  | | | | |
| 申请原因 |  | | | | | | | | |
| 跟读年级/专业/班级 |  | | | | | | | | |
| 学生  申请 | 本人知晓《安徽医科大学临床医学院学分制学籍管理实施办法（试行）》并遵守相关规定, **本人保证能按重修课程计划保质保量的参加学习和考核**。能获知考试时间并按时参加考试。  **附身份证复印件一份。**  学生(本人签名):  年 月 日 | | | | | | | | |
| 原专业  审核 | 审核内容：  1、该生是否属于可回校申请毕业证或学位证的学生（须注意是否超过规定申请期限）；  2、申请课程成绩及学分是否属实；  3、该生申请考试学期有否学分相同课程考试，并请告知大致考试时间或获知方法。  审核结果：  审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 科教办  审核 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |

**注意事项：**

1、填写本表前，需按教务部公布的相关年级课程表进行选课。

2、本表适用于已领取结业证或需申请学位证的“离校后申请重修”类学生,如报名人不在本地，可委托它人代为报名，代报名须提交委托书及报名人身份证复印件,未办理重修申请手续而擅自参加考试者，成绩无效。