**陕西中医药大学研究生保留学籍申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学号 |  |
| 院系 |  | 专业 |  | 年级 |  | 班级 |  |
| 入学年月 |  | 原定毕业年月 |  |
| 起止时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |
| 申请保留学籍原因：   申请人签字：  年 月 日 |
| 导师意见：签字： 年 月 日 |
| 所在院系意见： 签字（盖章）： 年 月 日 |

注： 1.申请表一式三份，一份本人留存，一份交至院系留存，一份交至研究生院留存。

2.因病保留学籍的需附二级甲等以上医院的证明。

3.附家长身份证复印件，并在复印件上注明“本人同意\*\*保留学籍”。