附件2

**陕西中医药大学本科新生保留入学资格申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院系 |   | 专业 |   |
| 姓名 |   | 性别 |   |
| 学号 |   | 身份证号 |   |
| 联系电话 |   | 联系地址 |   |
| 本人申请 |      另附本人身份证复印件（正反面）学生签字：                  　　 　年　 月　 日 |
| 监护人意见 |    另附本人身份证复印件（正反面）家长签字： 　         　          年　   月　 日 |
| 辅 导 员 意 见 |    辅导员签字：                   　 　年　 月　 日 |
| 院系意见 |       签字（院系公章）：                  　 　年　 月　 日 |
| 招生办公室 意 见 |       签字（公章）：            　       　 年　 月　 日 |

注：签名栏必须亲笔签名，打印或代签无效。