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。