

大连医科大学新生保留入学资格申请表

姓 名		考 生 号	
性 别		身 份 证 号	
省 份		录 取 专 业	
本人申请 (说明原因)	申请人签字：_____ 家长签字：_____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>		
学院意见	签字：_____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>		
校领导意见	签字：_____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>		

各职能部门意见

招生与就业处	教务处	学生处	财务处
签字：_____ 年 月 日	签字：_____ 年 月 日	签字：_____ 年 月 日	签字：_____ 年 月 日

大连医科大学招生与就业处制表