

# 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：年 月 日		
学院意见	签字：年 月 日		
校领导意见	签字：年 月 日		

## 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