**广西医科大学学士学位复议申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年级、班 |  |
| 学号 |  | 专业 |   |
| 院系 |  | 联系方式 |  |
| 毕业证号 |  | 毕业/结业时间 |  年 月结业 年 月毕业 |
| 未获学位原因及申请学位复议理由 |  |
| 申请人签名： 年 月 日 |
| 学工处意见（对处分者必填） | 领导签名： 公章： 年 月 日 |
| 二级学院意见 |  院长签名： 公章： 年 月 日 |
| 教务处意见 | 经审查， □ 符合我校学士学位授予条件，同意报学校学位委员会审议。□ ，不建议授予学位。  处长签名： 公章： 年 月 日 |
| 校学位委员会意见 | 经学校学位委员会 年 月 日审议通过，同意授予  学士学位。 学位委员会主席： |

注：1、此申请表仅限未能如期获得我校学士学位，毕业或结业后在学校规定的学习年限内申请学位复议的学生。

2、申请表须交二级学院，由二级学院审核后统一交教务处学籍管理科。

3、申请表受理时间为每年6月上旬或12月上旬，逾期不予受理。

4、此申请获教务处批准后将提交校学位委员会审议，是否授予学位以审议结果为准。