**广西医科大学本科生保留学籍申请表**

 **普本保 号**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年级、班 |  |
| 学号 |  | 专业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 保留学籍原因 |  申请人： 年 月 日 |
| 二级学院学工办意见 |  学工办负责人： 年 月 日 |
| 二级学院意见 |  院领导签名： 公章： 年 月 日 |
| 学籍管理科意见 |  科长签名： 年 月 日 |
| 教务处意见 |  分管处领导签名： 年 月 日 |
| 保留学籍起止时间 | 教务处经办人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

注： 此表格可在教务处主页上下载打印，按流程办理。