|  |
| --- |
| **内蒙古体育职业学院学生保留学籍申请表** |
| **申请保留学籍时间** |  | **贴一寸相片** |
| **文号（学院拟定）** |  |
| **所在系** |  | **专业** |  | **年级班级** |  |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号码** |  |
| **学号** |  | **联系电话** |  |
| **个人申请保留学籍理由** | **个人签名： 家长签名：** |
| **学籍管理人员** | **审核意见：****学籍管理人员签字（加盖公章）：****恢复学籍时间： 年 月 日** |
| **教务处意见** | **审核意见：****领导签名（加盖公章）：****年 月 日** |
| **分管院长****意见** | **审核意见：****领导签名：****年 月 日** |
| **注意事项** | **办理保留学籍手续时，请务必按程序签字并加盖公章，保留学籍申请表方能生效。** |