|  |
| --- |
| **内蒙古体育职业学院学生恢复学籍申请表** |
| **申请恢复学籍时间** | **20 年 月 日** | **贴一寸相片** |
|  **文 号（学院拟定）** |  |
| **所在系** |  | **专业** |  | **恢复学籍后入学年级班级** |  |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号码** |  |
| **学号** |  | **联系电话** |  |
| **个人申请 恢复学籍理由** | **个人签名： 家长签名：** |
| **学籍管理科** | **审核无误签字： 年 月 日** |
| **班主任及****系领导意见** | **审核意见：** **班主任签字：****领导签名（加盖公章）：****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（加盖公章）：****年 月 日** |
| **注意事项** | **办理恢复学籍手续时，请务必按程序签字并加盖公章，恢复学籍申请表方能生效。** |