**湖北医药学院研究生复学申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 院（系） |  |
| 学号 |  | 班级 |  | 专 业 |  |
| 申请复学原因 | （同时提供相关证明材料）学生签字：                  年 月 日 |
| 学生家长意见 | 家长签字：                  年 月 日 |
| 导师意见 | 导师签字：                  年 月 日 |
| 院（系）意 见 | 签字（盖章）：                  年 月 日 |
| 学校意见 | 签字（盖章）：                  年 月 日 |

备注：此表办理完毕后，原件留存研究生院用于操作学籍；学生所属学院和学生留存复印件。