**湖北医药学院研究生结业申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 培养单位 |  |
| 学号 |  | | 年级 |  | 专 业 |  |
| 申  请  结  业  原  因 | | 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 | | | | |
| 培 养 单 位 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，原件留存研究生院用于变更学籍；学生所属学院和学生留存复印件。