**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。