附件3

**萍乡卫生职业学院普通高等教育学生复学申请表**

编号： 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | | | |  | 入学年月 | |  |
| 学生身份证号码 | | |  | | | | | 申请书编号 | | |  | |
| 休学前 | | | 所在二级学院 | | 专 业 | | | | 层 次 | 年级及班级 | | 学 号 |
|  | | |  | |  | | | |  |  | |  |
| 复学后 | | | 所在二级学院 | | 专 业 | | | | 层 次 | 年级及班级 | | 学 号 |
|  | | |  | |  | | | |  |  | |  |
| 保留学籍/休学时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 复  学  申  请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 二  级  学  院  意  见 | 辅导员（班主任）：    负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | 学生工作处意见 | 负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 规划财务处意见 | 负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 学  校  意  见 | 分管领导（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 学籍管理部门电子数据处理结果：  经批准，同意该生于 年 月 日保留学籍。该生学籍恢复信息已报省教育厅备案，并于 年 月 日通过教育部学籍学历信息管理平台进行了电子标注。  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1、本表一式三份，学生所在学院、教务处、学生工作处各一份；

2、学生复学后，随下年级同专业或相近专业学习。