附件4

**萍乡卫生职业学院心理问题学生复学心理状况评定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生日期 | |  | 入学年月 | |  |
| 学生身份证号码 | | |  | | | 休学前学院/班级 | | |  | |
| 保留学籍/休学时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | |
| 拟复学时间 | | |  | | | | | | | |
| 休学原因 | |  | | | | | | | | |
| 辅导员意见（对学生休学期间和日常精神、生活情况了解情况） | | 班主任或辅导员：    负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 医院康复诊断二级甲等（或学校指定医院） | | 可另附资料 | | | | | | | | |
| 心理咨询中心意见 | | 谈话人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1、本表一式三份，学生所在学院、心理咨询中心、学生工作处各一份；