附表4

广西艺术学院全日制研究生复学申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 学号 |  | | 复学前所在年级 |  |
| 学院 |  | | | | 休学时间 | | 20 年 月—20 年 月 | | |
| 学科/专业（领域） |  | | | | 研究方向 | |  | | |
| 学校同意休学批复文号 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 复学后所在年级  （该栏由教学单位填写） | |  | | | | | | | |
| 申请  复学  理由 | 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 导师意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 教学单位  意见 | 分管研究生教学工作副院长签字：  年 月 日 | | | 分管学生工作副书记签字： 年 月 日 | | | | 院长签字（加盖单位公章）： 年 月 日 | |
| 医务所  意见 | 所长签字（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 研究生处  意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | |

注：因伤、病休学的学生，复学时需附上学校医务所指定的三级甲等医院或专科医院的康复证明，经教学单位签署意见，并经医务所审核后，报研究生处。