

滨州医学院继续教育学生保留入学资格审批表

函授站、教学报名点名称：_____

编号：_____

姓名		性别		出生年月		民族	
专业		层次		学号		政治面貌	
通讯地址						联系电话	
家庭住址						邮政编码	

(身份证复印件粘贴处正)

(身份证复印件粘贴处反)

保留入学资格原因：

申请人签字：

个人承诺书：

本人承诺对申请材料真实性负责，若有不实信息愿承担相应法律责任。

(手写)

申请人签字：

_____年 月 日

函授站、教学报名点审批意见：

负责人签字：

(盖章)

年 月 日

继续教育学院招生学籍科审批意见：

负责人签字：

(盖章)

年 月 日

继续教育学院审批意见：

负责人签字：

(盖章)

年 月 日

滨州医学院继续教育学院制

附件：申请表填写须知

申请表填写要求：

1. 申请表需用黑色中性笔手写；
2. 保留入学资格原因一栏写明具体原因；
3. 个人承诺书一栏需仔细阅读并同意后誊写已有文字。

办理流程：

1. 根据要求准备证明材料；
2. 考生本人到函授站、教学报名点现场提交相关材料，现场书写个人申请，并现场采集考生本人照片，通过人脸识别技术核对个人身份。