**新乡医学院三全学院课程重修申请表**

20 －20 学年第 学期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 学号 |  | 联系方式 |  | |
| 书院 |  | 专业 | | |  | | 班级 | 年级 班 | |
| 重修 学年 学期课程1 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 重修 学年 学期课程2 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 重修 学年 学期课程3 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 重修 学年 学期课程4 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 重修 学年 学期课程5 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 重修 学年 学期课程6 | | |  | | | | | 当前所在专业该课程学分 |  |
| 申  请  原  因 | 因补考成绩不合格/学籍异动原因重修以上课程，我保证认真重修，按时参加听课、作业、实验、考核等教学环节，争取获得学分。  学生签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 教务部审核意见 | 重修学分累计： 分  经办人：  签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 财务缴费 | 银行卡代扣账号：  代扣金额：  经办人：  签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | |

备注：1、填写的重修课程名称、学分应与本专业开课当年人才培养方案一致。

2、本表一式2份，原件存教务部，学生本人留存复印件一份。