**安徽医科大学留降级申请单**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸照片 |
| 身份证号码 |  | 学号 |  |
| 年级、专业 |  |
| 留降级原因：（在选项后□打√） |
| 1. 成绩原因 □
2. 本人申请、学校认为需要者 □
 |
| 申请人签名 |  | 申请人监护人意见 | 签名：  |
| 所在学院**意见**及处理意见（可另附说明材料） |   辅导员签字： 学院负责人： （学院公章） |
| 校医院意见（因病、因伤） |    负责人签名：  |
| 学工部（学生处）**意见** |  负责人签名：  |
| 教务处学籍管理部门意见 |   学籍管理科：  分 管 处 长：  |
| 教务处负责人意见 | 签 名：  |
| 分管校长意见 | 签 名：  |

申请者需携带本人①身份证件原件和身份证复印件、②学生证③家长知情同意书④最新的成绩单等相关证明办理手续。