**重庆医科大学结业后考试申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **学号** |  | **性别** |  | **身份证****号码** |  |
| **院系** |  | **专业** |  | **年级** |  | **联系电话** |  |
| **结业原因及时间** | 本人系xx学院20xx级xx班xx专业学生xxx（姓名），学号xxxxxxxxxx。因......（原因），于20xx年xx月xx日结业。现向学校提出结业后重修（补考）考试申请。请予以审核！**学生本人签字： 年 月 日** |
| **申请考试科目** | **序号** | **课程名称** | **学分** | **原课程成绩** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **教务处意见** | **教务处审批意见：** **年 月 日** |

**备注**：**1.签字栏必须亲笔签名，不得盖章或代签；**

**2.学业成绩达到毕业条件后，需另行提交换发毕业证书申请审批表（教务处官网下载），并带上结业证书原件以及与结业证书上一致的2寸蓝底照片交至教务科。**