**大连海洋大学学生复学审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 学 号 | |  | |
| 学 院 |  | | | | 专 业 |  | | | | 年 级 | 20 级 |
| 身份证号 | | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | 层 次 | 科 |
| 家庭详细地址 | | |  | | | | | | | 邮 编 |  |
| 学生本人电话 | | |  | | | 家庭固定电话 | | | | — | |
| 父亲姓名 | | |  | | | 母亲姓名 | | | |  | |
| 休学期限 | | |  | | | | 休学原因 | |  | | |
| 休学前所在年级 | | | | □一年级 □二年级 □三年级 □四年级 | | | | | | | |
| **特别声明** | | **学生须如实填写以上信息，由于信息虚假产生的遗留问题，后果自负。** | | | | | | | | | |
| 复 学  原 因 | | 学生签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学生所在系  意 见 | | 经办人签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 门诊部/心理健康教育中心意见  （因病休学需填写）  3 | | 经办人签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学院计财处  意 见  （办公楼111室） | | 经办人签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学院学生处  意 见  （办公楼110室） | | 经办人签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学 院  意 见 | | 主管领导签字：  院长签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学生工作处  意 见 | | 主管副处长签字：  处长签字（单位印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学 校  意 见 | | 学校主管领导签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |

**注：**如有疑问，请与学院或学生工作处联系，学生工作处联系电话：0411—84762678。