**山东航空学院硕士研究生保留入学资格学生复学申请表**

 **编号：BLZGFX**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **照片****（一寸免冠）** |
| **出生年月** |  | **民族** |  |
| **考 生 号** |  | **身份证号** |  |
| **专业名称** |  | **保留入学资格原因** |  |
| **录取年份** |  | **复学年级** |  |
| **家庭地址** |  | **联系电话** |  |
| **学生****复学****申请** |  **学生本人签名： 年 月 日** |
| **导师****意见** | **导师签名： 年 月 日** |
| **培养****单位****意见** | **负责人签名： 经办人： 年 月 日（章）** |
| **研究生处****意见** | **负责人签名：** **经办人： 年 月 日（章）** |
| **备注：1.此表仅用于保留入学资格的学生办理复学使用；****2.复学时交此表及相关证明材料（ 因病保留入学格的须提供二级甲等及以上医院证明；入伍保留入学资格的须交退伍证复印件）。** |

**学校联系电话：0543-3095916、3190126 山东航空学院研究生处制**