**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**