**滨州医学院学生课程、学分认定及成绩转换申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 学院 |  | 专业 |  | 年级 |  |
| 原课程信息 | 申请转换为相应课程信息 |
| 原课程名称 | 原课程代码 | 原课程性质 | 总学时 | 学分 | 成绩 | 新课程名称 | 新课程代码 | 新课程性质 | 总学时 | 学分 | 成绩 |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **申请人声明**：我声明本申请表格内的相关信息无误，其证明材料准确，绝对不弄虚作假，否则自愿承担一切后果。　申请人签名：　　　　　日期： |
| 备注说明成绩转换认定原因：申请人签名：　　　　日期： 年 月 日 |
| 学生所在学院审核意见（学院公章）：负责人签名：　　　 日期： | 学籍管理科复核意见：复核人签名：　　　 　　 日期： | 教务处审批意见（部门公章）：负责人签名：　　　 日期： |
| 备注说明： |

注：1．此表“备注说明”及以上栏目要求规范、准确填写，申请表一式2份，学院、教务处各存一份。2．同一门课程不能重复申请认定。3.如有其他情况，可另附说明。