|  |
| --- |
| 滨州医学院课程考试缓考审批表 |
| **姓名** |  | **性别** |  | **学号** |  | **所在院系** |  | **专业** |  |
| **班级** |  | **缓考课程名称** |  | **缓考课程所在学年学期** |  |
| **申请缓考原因(附证明材料）** | **申请人签字： 年 月 日** |
| **学生所在院（系）审核意见** | **学院负责人签字（章）： 年 月 日** |
| **课程所在院（系）审批意见** | **学院负责人签字（章）： 年 月 日** |
| **备注** |  |
| **注：缓考条件参照《滨州医学院学籍管理规定》,本表审批意见签署完毕后，由课程所在院（系）存档。** |