附件2

滨州医学院转专业申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  |
| 学 院 |  | 专业 |  | | | | 班级 |  | |
| 入学年月 |  | | 平均学分绩点及排名 | | |  | | | |
| 生源地（省） |  | | 高考成绩 | | |  | | | |
| 申请转入学院、专业 | |  | | | | | | | |
| 申 请 转  专业理由 |  | | | | | | | | |
| 转出学院  意 见 | 负责人签字 公章 年 月 日 | | | | | | | | |
| 转入学院  意 见 | 考核成绩 | | | | | | | | |
| 考核意见  学院考核小组负责人签字 公章 年 月 日 | | | | | | | | |
| 教 务 处  意 见 | 负责人签字 公章 年 月 日 | | | | | | | | |
| 学校意见 | 转专业工作领导小组负责人签字 年 月 日 | | | | | | | | |