

首都医科大学研究生退学审批表

| | | | | | |
|-----------------------------|---|----|-------------|------|------|
| 姓名 | | 学号 | | 培养单位 | |
| 性别 | | 年龄 | | 专业 | |
| 联系电话 | | | 生源地 | | 录取类别 |
| 退学 申请 | (病历、证明等材料请附后) <div style="text-align: right;"> 申请人：_____ 年 月 日 </div> | | | | |
| 导师 意见 | 签字：_____ 年 月 日 | | | | |
| 学院 意见 | 签字：_____ 年 月 日 盖章 日 | | | | |
| 定向 单 人 部 意 见 | 签字：_____ 年 月 日 盖章 日 | | | | |
| 研究 生 院 意 见 | 培养办公室 | | 学生办公室 | | |
| | 盖章 年 月 日 | | 盖章 年 月 日 | | |
| | 签字：_____ 年 月 日 | | | | |
| 校领 导 审 批 | 签字：_____ 年 月 日 | | | | |