**桂林医学院研究生课程重修申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 导师 |  |
| 专业 |  | 培养类型 | 专业型🞎/学术型🞎 |
| 所属学院（培养单位） |  | 联系电话 |  |
| 课程名称 |  | 课程代码 |  |
| 任课教师 |  | 课程性质 |  |
| 申请补修原因（应注明原考试时间和成绩）：导师签字： 年 月 日 |
| 教研室意见：负责人签字： 年 月 日  |
| 课程开设单位：负责人签字（公章）： 年 月 日  |
| 学生所在学院（培养单位）意见：负责人签字（公章）： 年 月 日  |

备注：1.本表一式两份，一份学位点（培养单位）存档，一份交至研究生学院（临桂校区明德楼325办公室）办理。

2.“课程名称”和“课程代码”应填写此次拟申请课程名称和代码。

3.“课程性质”应填写：必修课或选修课。