清退申请

姓 名：\*\*\*，性别\*\*，身份证号：\*\*\*\*\*\*,系山东第二医科大学\*\*\*专业同等学力申硕人员，于\*\*年\*\*月入学，因\*\*\*\*\*\*\*原因无法继续完成学业，现自愿申请清退,各项制度均已知悉。

姓名（手印）：

时间： 年 月 日

身

份

证

正

反

面