附件 2

潍坊医学院同等学力人员学位课程补考申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |
| **学院** |  | **专业** |  | **手机号** |  |
| **单位** |  | **一阶段缴费发票时间** |  |
| **申请补考课程** | **补考课程** | **课程成绩** | **原上课时间** |
| 例：医学统计学 | 例：65分 | 例：2021年春季学期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **申请****原因** | 申请人签字：  |
| **导师 意见** | （没有进入论文工作阶段的不填写）导师签字： |
| **学校****意见** |  盖章：  |

注：该表仅适用于同等学力人员学位课程补考申请使用。