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。