山东第二医科大学研究生休学审批表

学号	姓 名	性别	院系	专业	联系电话
休学时间	自　　年　　月　　日 起　至　　年　　月　　日				
个人休学申请（附校医院证明）	个人签字：　　年　月　日				
导师意见	导师签字：　　年　月　日				
院（系）意见	负责人签字：　　年　　月　　日　　（院系盖章）				
研究生处意见	负责人签字：　　年　　月　　日　　（研究生处盖章）				
分管校领导意见	签　字：　　年　　月　　日				

注：此表一式两份，研究生处、二级院系各留一份。