**基础医学院学生早读、晚自习异动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 年级 |  | 专业 | |  | | 班别 |  |
| 异动原因  （病假需附疾病证明材料） | | |  | | | | | | | |
| 起止时间 | | 从 年 月 日 时 分到 年 月 日 时 分 | | | | | | | | |
| 异动去向 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 班主任老师意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 辅导员老师意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 班级备案 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | |