**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 |  |