**广西医科大学研究生放弃入学资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学号 |  | 年级 |  | 联系方式 |  |
| 专业名称 |  | 导师姓名 |  | 二级学院名称 |  |
| 层次 | 博士研究生□硕士研究生□ | 学位类型 | 专业学位□学术学位□ | 学习形式 | 全日制□ |
| 放弃入学资格原因（不少于200字） | 申请人签名： 年 月 日 |
| 导师意见 |  导师签名： 年 月 日  |
| 教研室意见 |   审核人签名： 年 月 日 |
| 二级学院意见 |  审核人签名（盖章）： 年 月 日 |
| 研究生院意见 | 招生科意见： 审核人签名： 年 月 日 |
| 培养管理科意见： 审核人签名： 年 月 日 |
| 主管领导意见： 审核人签名（盖章）： 年 月 日 |

广西医科大学研究生院