附件2

广西医科大学研究生课程缓考申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 学位类型 | □学术型 □专业型 | 学位层次 | □硕士 □博士 |
| 培养类型 | □全日制  □在职（同等学力） | 培养单位 |  |
| 专业名称 |  | 联系电话 |  |
| 课程名称 |  | | |
| 缓考课程班级 |  | 联系电话 |  |
| 申请事由 |  | | |
| 导师意见 | 签字： 年 月 日 | | |
| 培养单位  研究生教务  管理部门意见 | 签字： 年 月 日 | | |
| 课程负责人  意见 | 签字： 年 月 日 | | |
| 研究生院  培养科意见 | 签字： 年 月 日 | | |

备注：1.本表一式三份，本人、课程负责人、研究生院培养科各一份。

2.缓考申请必须经过导师、开课教研室同意、报研究生院培养科备案方为有效。

3.办理时间：课程考试前1周起开始办理，考试结束后办理者无效。

4.获批缓考申请者参加下一届研究生此课程的正常考试。