**附件** **2**

**泉州医学高等专科学校退役复学学生转专业申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓** **名** |  | **性** **别** |  | **学号** |  |
| **层次** |  | **所在学院** |  | | |
| **年级** |  | **专业** |  | | |
| **转专业理由** | （需附上退伍证书复印件、身份证复印件、家长知情同意书等。） 申请人签字：  年 月 日 | | | | |
| **所在学院** **意见** | 经审核，该生道德品质良好，无违法违纪行为，未受过任何处分； 无其他不可申请转专业的情况。  签字：  年 月 日 | | | | |
| **转专业考试成绩：** **，排名** **，**  **申请转入** **学院（部）** **专业。**  **学生签字：** | | | | | |
| **教务处** **意见** | 签字：  年 月 日 | | | | |
| **校长** **意见** | 签字：  年 月 日 | | | | |