

## 武汉理工大学研究生复学审批表

学号		姓名		性别	
学院		专业			
学习形式	<input type="checkbox"/> 全日制研究生 <input type="checkbox"/> 非全日制研究生				
培养层次	<input type="checkbox"/> 博士研究生 <input type="checkbox"/> 学术型硕士研究生 <input type="checkbox"/> 专业学位硕士研究生				
联系方式	手机：		取得学 籍年份		
复学申请	申请人签字：  年      月      日				
校医院审核 意见	(仅因病休学者填写)  主管领导签字：  年      月      日				
申请复学时间	年      月      日				
导师意见	签字：  年      月      日				
培养单位意见	主管领导签字： (加盖研究生工作办公室公章)  年      月      日				
研究生院 意见	科室审核意见：		领导审核意见：		
	经办人：                      年      月      日		主管领导：                      年      月      日		
备注					

**填表说明：**

- 1、因病休学者，复学时应提交二等甲级以上医院医疗诊断证明，并由校医院复核确认；
- 2、定向研究生申请休学者，复学时须提交工作单位的书面意见；
- 3、拟复学的同学请于休学后下一学期的6月底或12月底前提出复学申请；