### 苏州大学研究生保留入学资格、恢复入学审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 |  | 学制 | | | |  | 入学时间 | 年 月 日 |
| 学号 | | |  | | 学生类别 | |  | | | | | 联系电话 |  |
| 培养单位 | | | |  | | | | | | | | 专 业 |  |
| 拟申请保留入学资格时间（按学年计算） | | | | | | | | | 年 月 日 **至** 年 月 日 | | | | |
| 原  因 | 本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 校  医  院  意  见 | 签字： 年 月 日  单位公章： | | | | | | | | | | | | |
| 导师意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 院系领导意见 | 签字： 年 月 日  单位公章： | | | | | | | 研究生院负责人意见 | | 签字： 年 月 日 | | | |
| 恢复入学申请日期 | | | | 本人签字：  年 月 日 （请在开学两周内提交申请表） | | | | | | | | | |
| 校  医  院  意  见 | 签字： 年 月 日  单位公章： | | | | | | | | | | | | |
| 导师意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 院系领导意见 | 签字： 年 月 日  单位公章： | | | | | | | 研究生院负责人意见 | | 签字： 年 月 日 | | | |
| 恢复入学后所在年级 | | | |  | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | |

注：1.保留入学资格批准后原件由申请人自行保存，并于恢复入学时填好该表格下联交至研究生院审查。提交时须附前置学历证书和学位证书复印件。

2.保留入学资格异动日期以学年为单位。