**山东理工大学新生保留入学资格申请表**

**（ 年）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 高考考生号 |  |
| 生源地 |  | 录取专业 |  |
| 录取通知书编号 |  | 学号 |  |
| 联系电话 | 手机（重要）：其他电话： |
| 保留入学资格原因 | 学生签名： 年 月 日 |
| 学院意见 | 经办人签字： 学院公章年 月 日 |
| 招生办公室意见 | 同意保留入学资格，起止时间为： 年 月 日至 年 月 日。负责人签字： 年 月 日 |
| 备注 | 1．本表应由学生本人如实填写，因病保留入学资格，需提供二级甲等及以上医院诊断证明及校医院审查证明。2．保留入学资格者不具有学籍。保留入学资格时间均为一年，学生应于第二学年开学（九月一日）前持二级甲等及以上医院证明和校医院复查证明向教务处提出入学申请。逾期按自动放弃入学资格处理。 |