长春中医药大学体育课免修申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学号 |  |
| 学院 |  | 专业 |  | 年级班级 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 申请免修理由 |  |
| 校医院意见 | 审核人签字：盖章： 年 月 日 |
| 所在学院意见 | 辅导员意见：签字：年 月 日 | 学院意见：盖章： 年 月 日 |
| 体育教学部意见 | 任课教师意见：签字： 年 月 日 | 体育教学部意见：盖章： 年 月 日 |
| 教务处意见 | 盖章： 年 月 日 |

注：本表一式叁份（学生所在学院、体育教学部、教务处各一份）。