附件5

滨州医学院研究生宿舍重新申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 学号 |  | 申请宿舍所在校区 |  |
| 学院 | |  | | | | 专业 |  | |
| 联系电话 | | |  | | | | | |
| 申请原因 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 导师意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 学院意见 | 学院盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| 学校意见 | 研究生处(盖章)  年 月 日 | | | | | | | |

备注：本表一式3份，学生、宿管、及研究生处各留存一份。