申请人签字： 申请人联系电话 ：

家长签字： 家长联系电话 ：

年 月 日

注：本表须用黑色墨水笔填写，签名处须由本人手写签名，字迹工整清晰。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 学 号 | |  | |
| 录取学院（中心） |  | | 录取专业 | |  | |
| 录取培养层次 | □博士  □硕士 | | 录取学习方式 | | □全日制  □非全日制 | |
| 录取年份 | 2024年 | | 身份证号 | |  | |
| 申请保留入学资格时间  （对应选项后打钩） | | | 1 年（ ）  2 年（ ） | | | |
| 保留入学资格期间  联系方式 | 本人固定电话 |  | | 本人移动电话 | |  |
| 紧急联系人 |  | | 联系人电话 | |  |
| 录取学院(中心)意见 | 负责人签字：  （单位公章）    年 月 日 | | | | | |
| 学校审核意见 |  | | | | | |