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 |  |