锦州医科大学同等学力人员学位课程考试

缓考申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 |  |
| 专 业 |  | 联系方式 |  |
| 申请缓考科目 |  |
| 申请缓考理由 |  本人签字：（手写） 年 月 日 |

注：请附缓考理由相关证明，并盖章。（可由学生工作单位盖章）