

大连医科大学毕业生报到证打印申请表

姓 名		性 别		身份证号	
学 历	1. 博士研究生 2. 硕士研究生 3. 七年制 4. 本科				
学校名称			专业名称		
毕业情况	1. 毕业 2. 结业 3. 肄业		毕业时间 年/月		生源所在地 (省)
申 请 理 由	<input type="checkbox"/> 首次办理 <input type="checkbox"/> 违约/改派 详情说明: _____ <input type="checkbox"/> 丢失补办 详情说明: _____ <input type="checkbox"/> 错误重打 详情说明: _____ <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 申请人签字: _____ 年 月 日 </div>				
学 院 意 见	_____ 盖 章 _____ 年 月 日				
研 究 生 院 意 见	_____ 盖 章 _____ 年 月 日				
招 生 与 就 业 处 意 见	_____ 盖 章 _____ 年 月 日				