附件2:

**上海健康医学院**

**课程免听、免修申请表**

学院：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 班级 |  | 学年学期 |  |
| 申请课程名称 |  | □免听 □免修 | |
|  | □免听 □免修 | |
|  | □免听 □免修 | |
| 申请理由 | 签字：  日期： 年 月 日 | | |
| 卫生  保健部  意见 | 签署意见：  负责人：  日期： 年 月 日 | 学院  意见 | 签署意见：  负责人：  日期： 年 月 日 |
| 开课学院（部）意见 | 签署意见：  负责人：  日期： 年 月 日 | 教务处  意见 | 审核意见：  负责人：  日期： 年 月 日 |
| 学校  意见 | 审批意见：  签字：  日期： 年 月 日 | | |

说明：

1.学生因病、因伤或其他生理原因不能修习正常课程的，需由学生本人提供二级甲等及以上医院出具的诊断材料，经学校卫生保健中心复核确认，于开学初两周内提交此申请；

2.申请课程过多可附页。本表一式两份，全部完成后，开课学院（部）和教务处各存一份。