

# 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				