**新疆农业大学研究生保留入学资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **学 号** |  |
| **学院** |  | **专业** |  | **入学时间** |  |
| **联系方式** |  | **学历层次** | **硕士/博士** | **导师姓名** |  |
| **保留入学资格原因** | 请在符合的选项前划√：  □经学校指定的医院诊断不宜在校学习的。  □按学校规定在校从事学生工作、支教、支援西部建设者。  □新生应征参加中国人民解放军（含中国人民武装警察部队）。  符合以上3种情况之一，并提供证明材料，方可申请保留入学资格。  申请保留年限： 年。  **申请人:**  **年 月 日** | | | | |
| **导师意见** | **导师签字:**  **年 月 日** | | | | |
| **学位点**  **意见** | **学位点负责人签字：**  **年 月 日** | | | | |
| **学院意见** | **领导签字(盖章):**  **年 月 日** | | | | |
| **学校意见** | **领导签字(盖章):**  **年 月 日** | | | | |