附件7

成都大学新冠肺炎感染学生复课申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **成都大学新冠肺炎感染学生复学申请表** | | | | |
| 申请复学学生如实填写以下信息，如有隐瞒或虚假填报，将依法追求责任。 | | | | 照片 （加盖公章） |
| 学院(所): |  | | |
| 姓 名 | 性别 | 学号 | 专业班级 |
|  |  |  |  |
| 学生其他信息 | 家庭地址（邮编）: | | | |
| 联系  电话: |  | 身份证号码： | |
| 户籍地址： |  | | | |
| 新冠肺炎 感染情况 | □确诊 □ 疑似 | | | |
| 疑似患者 医学隔离情况 | □居家隔离 □ 集中隔离 □ 医学隔离 附解除隔离医学观察书或出院证明等相关材料 | | | |
| 确诊患者 医学诊疗情况 | 治疗机构： | | | |
| 治疗结果：（附相关材料） | | | |
| 学生本人申请 注：此栏不够填写可附页 | | 申请人（陈述人）签名： | | |
|
| 年 月 日 | | |
| 学生家长意见 | | 签名： 年 月 日 | | |
|
| 辅导员/班主任意见 | | 签名： 年 月 日 | | |
|
| 所在学院(所)预处理意见 | |  | | |
| 主管教学院长签名（学院盖章）： 年 月 日 | | |
| 校医院意见 | |  | | |
| 负责人签名（盖章）： 年 月 日 | | |
| 教务处意见 | | 主管处长意见： | | |
| 处长意见： | | |
| 部门盖章 年 月 日 | | |
| 学校意见 | | 年 月 日 | | |