**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** |