|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **华东师范大学** | 培养单位 |  |
| **研究生新生保留入学资格申请表** | 录取年月 |  |
| 录取专业 |  |
|
| 填表日期： | 年 月 日 |  |  |
| 姓名： | 学号： | 性别： | 出生年月： | 照片 |
| 家庭通讯地址 |  | 邮编 |
| 学习方式 | 1、全日制 2、非全日制 |
| 本人联系方式 | 手机： | 家庭电话： |
| 申请原因 |  |
| 拟入学时间 |  |
| 我承诺: 自愿承担因保留入学资格带来的学校政策变化、专业调整、学费调整等相关风险，并严格遵守入学时的规章制度及培养方案。   本人签名：  |
| 医院意见 |  |  |  |  |
| 家长意见 |  |  家长签名（在职生可不签）： |  |
| 保留资格起止日期 |  年 月 日至 年 月 日  |
| 备注 |  |