附件1：

**湖南医药学院高等学历继续教育本科毕业生学士学位申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片粘贴处 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 电话号码 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 本科专业名称 |  |
| 学习形式 |  | 学制 |  |
| 本科入学日期 |  | 本科毕业日期 |  |
| 本科毕业证书编号 |  |
| 英语类型 |  | 通过英语水平考试时间 |  |
| 英语考试成绩 |  | 湘学位号或合格证编号 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺以上信息属实，因信息错误产生的一切后果，责任自负。承诺人： 年 月 日  |
| 校外教学点审核意见 | 负责人：盖 章:年 月 日 | 继续教育学院审核意见 | 负责人：年 月 日  |
| 教学院部学位评教学院部学位评定分委员会意见 | 负责人：盖 章： 年 月 日  | 学校学位委员会审议意见 | 盖 章年 月 日  |

注：本表一式二份