**长沙医学院高等学历继续教育本科毕业生学士学位申请表**

填写说明：身份证上有的信息务必填写，其他尽量完善。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 学制 |  |  免冠彩照 粘贴处（蓝底3.0\*4.5） |
| 考籍号或学号 |  | 政治面貌 |  | 出生日期 |  |
| 专业全称 |  | 入学时间 |  | 毕业时间 |  |
|  学习 形式 |  | 身份证号 |  |
| 本科毕业证书电子注册号 |  |
| 学位外语考试 | 成绩 |  | 考试合格时间 | 年 月  |
| 工作单位 |  | 手机 |  |
| 邮政编码 |  | 通讯地址 |  |
| 毕业证件及成绩复核申报条件。申请者本人签名： 年 月 日 | 学位委员会办公室审核意见：经办人签名： 年 月 日 |
| 继续教育学院审核。 签名 年 月 日 |