**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 | | | | | | | | |