## 大连医科大学继续教育学院

## 毕业证明书办理申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | 近期免冠  蓝底小2寸  照片 |
| 专业 |  | 年级 | | |  | |
| 原证书编号 |  | | | | | |
| 学历层次 | □成人本科 □成人专科 | | 学制 | | | |  |
| 联系电话 |  | | 邮箱 | | | |  |
| 身份证号 |  | | 出生日期 | | | |  |
| 入学日期 |  | | 毕业日期 | | | |  |
| **学生**  **申请** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (请在横线上手写以下内容：本人已确认表中信息准确无误，现申请办理毕业证明书)  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 以下内容由学院填写 | | | | | | | |
| 证明书编号 |  | | | 办证日期 | |  | |
| 学信网编号 |  | | | 经办人签字 | |  | |
| 教学管理科意见 |  | | | | | | |
| **继续教育**  **学院意见** | (公章)  院长签字： 年 月 日 | | | | | | |

注：1.此表连同两张小二寸蓝底照片交至继续教育学院张老师处,电子版照片发至dlmedux@163.com，邮件主题及照片以“毕业证明书+姓名+身份证号”方式命名；电子照片尺寸480\*640,大小20-40K。

2.同时提交一份申请人的身份证复印件(复印在此表背面)；

3.联系电话：0411-86110522