

长春健康职业学院考试处分解除申请表

姓 名		学 号	
专 业		班 级	
处分文号		处分日期	
解除处分 个人自述	1. 简述处分情况（200 字以内）；2. 陈述接受处分以来个人的思想变化和表现（不低于 200 字）。 本人签名： 年 月 日		

任课教师 鉴定意见	_____同学在受处分期间，思想表现_____ _____，经该处分发生时所关联的 考核课程任课教师与当学期任一专业课任课教师一致鉴定通过，向教务处提出解除 对该同学处分的建议。 任课教师签字： 任课教师签字： 年 月 日
学生所在 教学单位 意见	同意 ☐ 不同意 ☐ 提交该同学的处分解除申请。 负责人签章： 年 月 日
学工处 意见	同意 ☐ 不同意 ☐ 提交该同学的处分解除申请。 负责人签章： 年 月 日
教务处审 批意见	通过 ☐ 不通过 ☐ 该同学的处分解除申请。 部门负责人签章： 年 月 日