

长春健康职业学院学生课程免修申请表

姓名		学号		专业	
原专业		班级		原班级	
申请免修课程					
申请理由	(说明免修理由并附佐证材料) 申请人签名：_____ _____年 月 日				
开课单位意见	开课单位负责人签章：_____ _____年 月 日				
学生所在教学单位意见	教学单位负责人签章：_____ _____年 月 日				
教务处审批意见	教务处负责人签章：_____ _____年 月 日				

备注：本表一式两份，一份交学生所在教学单位，一份交教务处成绩管理科。