安徽医科大学临床医学院普通全日制学生学籍信息变更申请表

学号		姓名		考生号	
系部		专业		班级	
性别		培养层次		联系电话	
变更类别	☐ 姓名 ☐ 身份证号 ☐ 民族 ☐其它信息				
原始数据					
报改数据					
变更原因					
材料目录	1.居民二代身份证；2.户口页；3.证明材料列举：				
承诺声明	我保证证明材料均由本人提供且真实有效；高考为本人参加；申请变更的理由属实。提供的以上信息均真实可靠；若以上承诺有任何不实之处，一切后果由本人承担。 申请人签名：　　年　　月　　日				

高考照片	学籍照片	系部审核项目及意见：
粘贴小二寸照片	粘贴小二寸照片	1.两组照片与其本人是否一致：☐ 是 ☐ 否 2.变更资料是否真实、齐全： ☐ 是 ☐ 否 3.是否同意变更信息： ☐ 同意变更 ☐ 不同意 审核人签字： 部门负责人签字： （公章）　　年　　月　　日

学校招生部门审核项目及意见:	学校学籍管理部门审核内容及意见：
1.变更项是否涉及高考加分项目: ☐ 是 ☐ 否 2.变更后是否符合当年录取条件: ☐ 是 ☐ 否 3.两组照片与其本人是否一致: ☐ 是 ☐ 否 4.是否同意变更信息: ☐同意变更 ☐不同意 审核人签字: 部门负责人签字: （加盖公章） 年　　月　　日	1.两组照片与其本人是否一致:☐是 ☐ 否 2.变更资料是否真实、齐全: ☐是 ☐否 3.是否同意变更信息: ☐ 同意变更 ☐ 不同意 审核人签字: 部门负责人签字: （加盖公章） 年　　月　　日

分管院领导意见	院领导签名：　　年　　月　　日

备注说明：学生需提供3套相同的报审材料，教务处考务学籍办留存原件1套，系部及财务处留存复印件1套