

安徽医科大学临床医学院毕业/学位证明书办理申请表

姓名		性别		近期小二寸照片 粘贴处
身份证号		出生年月		
专业名称		学制		
申请原因	<input type="checkbox"/> 损坏 <input type="checkbox"/> 遗失	入学年月		
联系电话		申请人签名		
毕业证书编号		毕业年月		
学位证书编号		学位取得年月		
证书领取方式	<input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 自取 <input type="checkbox"/> 他人代取	收件人电话		
收件人		收件地址		
资料提交	<input type="checkbox"/> 二寸两张 <input type="checkbox"/> 缴费票据 <input type="checkbox"/> 电子照片 <input type="checkbox"/> 身份证复印件	资料接收人签字		年 月 日
毕业证明书编号		学位证明书编号		
制证人		制证日期		
邮寄单号		邮寄日期		