|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 考生号 |  |
| 性别 |  | | 导师 |  |
| 院系 |  | | 专业 |  |
| 培养方式 | 选择一项。 | | 学习形式 | 选择一项。 |
| 学生类型 | 选择一项。 | | 手机号 |  |
| Email |  | | | |
| 申请类型 | 选择一项。 | | | |
| **申请理由陈述**  特申请保留入学资格至 年 月。  申请人签名: 日期： 2025-05-21 | | | | |
| **上海交通大学校医院审核意见**（因患病申请保留入学资格时本栏为必填项）  负责人签字 （公章） 日期： | | | | |
| **导师意见 【博士新生填写此栏】**  导师签字: 日期: | | | | |
| **院系审核意见**  ○ 同意保留入学资格至 年 月。  ○ 不同意.  院系领导签字: （公章） 日期： | | | | |
| **研究生院招生办审核意见：**  ○ 同意保留入学资格至 年 月。  ○ 不同意.  签字: （公章） 日期： | | **研究生院质建办审核意见：**  ○ 同意保留入学资格至 年 月。  ○ 不同意.  签字: （公章） 日期： | | |
| **研究生院审核意见**  ○ 同意保留入学资格至 年 月。  ○ 不同意.  签字: （公章） 日期： | | | | |
| 备注Note: | | | | |

**说明:** ①附前置学历、学位证书复印件；②附相关证明材料；③本表一式三份（研究生院、学院、学生各一份）；④获准者在保留入学资格到期3个月前应联系学院申请入学。