|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常州大学体育保健课申请表 | | | | | |
| - 学年 第 学期 | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学院 |  |
| 专业 班级 |  | 学号 |  | 联系 电话 |  |
| 申请  原因 | 年 月 日 | | | | |
| 所在学院意见 | 教学院长签字： 年 月 日 | | | | |
| 校医务室意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | |
| 体育学院意见 | 教学院长签字： 年 月 日 | | | | |
| 备 注：1、需附上医院证明或相关病历复印件等材料；   1. 本申请表一式两份，学生自留一份，任课教师一份。 2. 请将此表签字后交给体育课任课教师，期末存放于成绩袋中。 | | | | | |