**附件1：**

**新乡医学院三全学院**

**学生交流申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | 出生日期 | | | |  | | 2寸  照片 |
| 书院/年级/专业/班级 | | | |  | | | | | 学号 | | |  | | |
| 政治面貌 | | | |  | | | | | 籍贯 | | |  | | |
| 项目名称 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 申请学习期限 | | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 英语水平及成绩（选填）（CET/TEM/IELTS/TOEFL） | | | | | |  | | | | | | 上学期综合测评排名 | |  | |
| 家庭地址 | | | | |  | | | | | | | 有无处分 | |  | |
| 本人手机号码 | | |  | | | | 家长手机号码 | | |  | | QQ号 | |  | |
| 学生意见 | **1.我已了解本项目的全部情况。**  **2.我自愿申请参加本项目。**  **3.父母具有承担我在外学习期间的经济条件。**  **申请人（签字）**: **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |
| 家长意见 | **1.我同意子女赴境外学习。**  **2.我已了解本项目的基本情况，包括外方学校情况、收费情况等。**  **3.我同意为申请人支付在外学习的生活费用。**  **学生家长或监护人（签字）： 年 月 日**  **（**注：家长如在外地，请父母任一方在身份证复印件上书写家长意见并签名） | | | | | | | | | | | | | | |
| 辅导员意见 | （请对学生的在校表现进行审核并及时关注学生的校外状况。）  辅导员：  （签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | 书院负责人意见 | （请对学生的总体情况进行审核）  书院负责人：  （签字并加盖公章）  年 月 日 | | | |
| 备注 | 1. 请有意向参加香港医疗「零距离交流」项目的学生，尽快办理《往来港澳通行证》 2. 请有意向参加台湾交换生项目的学生，尽快办理《大陆居民往来台湾通行证》 | | | | | | | | | | | | | | |