**公共体育保健课申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 班级 | 学号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学院 |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请理由 |  |
| 本人签名： |
| （须附有关证明材料） 年 月 日 |
| 时限 | 学年第 学期至 学年第 学期 |
| 学院意见 |  |
| 院长签名： 年 月 日 |
| 卫生科意见 |  |
| 科长签名： 年 月 日 |
| 公体部意见 |  |
| 主任签名： 年 月 日 |

本表一式两份，学院、公体部各存一份。