|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安徽医科大学学生外出就诊申请审批单 | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学号 |  |
| 联系电话 |  | | 学院 |  | |
| 外出就诊时间 |  |  |  |  |  |
| 外出就诊原因 | 本人签名： 年 月 日 | | | | |
| 辅导员意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 校医院意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 学院意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 返校备案 | 返校后报辅导员并提交就诊病历复印件与此表一并留存。 | | | | |