**体育课因病见习申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  | 学院 | |  |
| 班 级 |  | 学 号 |  | 课程名称及上课时间 | |  |
| **申请原因**  （须附三甲医院出具的医疗诊断证明、病历、病假条等相关材料） | 年 月 日 | | | | | |
| 任课教师  （签字） |  | | 教学院长（签字）  （所在学院盖章） | | 请各学院务必签署具体意见、时间 | |
| 体育部审核 | 签章（字）：    年 月 日 | | | | | |

**注：1、本表须开学后三周内提交体育部办理手续，逾期不予办理。**

**2、体育课因病见习，按60分计算成绩。**