湖州师范学院研究生请假单（实习期间） 存 根

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 班级 |  | 姓名 | |  | | |
| 宿舍 |  | 电话 | |  | | |
| 何种假  及原因 | 病假□ 请假理由：  事假□ | | | | | |
| 请假时间 | 年 月 日 时至 月 日 时（第 至 小节课） | | | | | 共 天  共 课时 |
| 学生签字 |  | | 审批结果 | | 同意□ 不同意□ | |

盖章：

|  |
| --- |
| 盖章： |

湖州师范学院研究生（实习期间）请假单

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 班级 |  | | 姓名 |  | |
| 宿舍 |  | | 电话 |  | |
| 何种假  及原因 | 病假□ 请假理由：  事假□  学生签字： | | | | |
| 请假  时间 | 年 月 日 时至 月 日 时（第 至 小节课） | | | | 共 天  共 课时 |
| 审  批  意  见 | 带教老师意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 学校导师意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 临床导师意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 实习医院意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 分管院长意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 院长意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |
| 研究生院意见 | 签名： 年　 月 　 日 | | | |

**注：“临床实习期间”：1天以内者，经实习科室带教老师批准后生效；请假3天（含）以内由临床导师批准；请假3天以上1周（含）以内，须经学校导师和临床导师同意，由实习医院批准；请假1周以上，须经学校导师和临床导师同意，实习医院和学院院长同意，报研究生处批准。3.病假请提供医生证明。4.本请假单一式三份**