福建省肿瘤医院学生住宿申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 本人联系电话 |  |
| 专业班级 |  | 导师姓名 |  | 导师联系方式 |  |
| 家庭住址 |  | 父母有效联系方式 |  |
| 申请日期 |  | 申请居住时间 |  |
| 学生类别(1.研究生；2.进修生；3.本科生；4.卫职院放疗班学生；5.其他) |  |
| 申请住宿原因：申请人签名：年月日 |
| 学生导师意见：签名：年月日 |
| 教育处意见：医院为学生提供规范的住宿服务和管理，制定了较为详细的住宿管理条例。请学生认真阅读住宿相关规定，遵守医院和学院的各项规章制度，谢谢配合!签名： |

注：若为进修生，导师签字部分为带教老师签字；若为本科实习生，由教育处负责老师签字；若为卫职院放疗班学生，由班主任签字。