附件1

新乡医学院三全学院高等学历继续教育

优秀应届毕业生审批表

（ 2024 年度）

工作单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 出生年月 |  |
| 专业 |  | 学历层次 |  |
| 考试课程与成绩 | 课程名称 | 成绩 | 课程名称 | 成绩 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 毕业论文 |  | 毕业考试 |  |
| 主要事迹 |  本人签字：年 月 日 |
| 工作单位意见 | 学校意见 |
| 年 月 日 | 年 月 日 |