**广州中医药大学课程学分认定和转换申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院名称 |  | 专业名称 |  | 学 号 |  | 姓 名 |  |
| 原就读  学 校 |  | 原就读  专 业 |  | 原专业  学 制 |  | 手机号码 |  |
| 已修读且成绩合格的课程情况 | | | | 申请课程学分认定和转换的课程情况 | | | |
| 课程名称 | 课程性质 | 学分数 | 学时数 | 课程名称 | 课程性质 | 学分数 | 学时数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学生所在学院意见 | 是否同意课程学分认定和转换：□同意、□不同意。  签名： 盖章：  年 月 日 | | | | | | |
| 教务处  意 见 | 签名： 盖章：  年 月 日 | | | | | | |