杭州医学院体测和阳光长跑免试申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院 |  | 专业 |  | 层次 |  |
| 姓名 |  | 班级 |  | 学号 |  |
| 性别 |  | 联系方式 |  | 申请学期 |  |
| 阳光长跑已完成次数 | |  | | | |
| 申请原因（附证明） | 本人承诺以上信息及所提交证明材料真实无误。  申请人签字： 年 月 日 | | | | |
| 校门诊部意见 | 负责人签字： 公章 年 月 日 | | | | |
| 学生所在学院意见 | 负责人签字： 公章 年 月 日 | | | | |
| 体育部  意见 | 负责人签字： 公章 年 月 日 | | | | |

1、学生申请免跑免测，需要二级甲等以上医院诊断证明。

2、本表原件体育部留存。