**境外学习经历申请表（研究生）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性 别 |  | 健康状况 |  | 照片 |
| 出生日期 |  年 月 日 | 政治面貌 |  |
| 学号 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 | 本人电话 |  | QQ |  |
| 微 信 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭住址 |  |
| 家庭主要成员情况 |  姓 名 亲属关系 工作单位 联系电话1、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 所属学院及专业（大类及专业方向） |  | 辅导员 |  |
| 申请学校 |  | 外语水平 |  |
| 项目名称 |  |
| 项目类型 | □课程学习（非学位项目） □科研合作 □学位项目 □学术会议 □实习项目 □其他\_\_\_\_\_\_ |
| 申请境外学习时间 | 20 年 月 日 至20 年 月 日 |
| 确认信息（请在选项上画圈） | 1. 申请境外学习项目完全自愿；家长对所申请项目详情了解并支持本人参加；能负担境外学习所需费用。 是 否
2. 一旦被正式录取，非不可抗拒原因，不退出项目，否则愿意承担相关责任。 是 否
3. 是否知晓境外学习期间需要购买境外保险。 是 否
 |
| 导师意见 | 签字： 时间：  |
| 所在学院意见 | 签字： 时间： （公章） |
| 学科建设与研究生教育办公室意见 | 签字： 时间： （公章） |

我保证，以上信息完全符合事实。

 申请人签名： 日期： 20 年 月