# 大连海洋大学学生体质测试免测申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 学 号 |  |
| 学院、班级 |  | 身份证号 |  | 电话 |  |
| **申 请 原 因** | 申请人： 年 月 日 |
| **学****院****意****见** |  负责人：  年 月 日 |
| **体育部意见** | 体育部签章： 年 月 日 |

注：负责人为各学院主抓学生工作领导或辅导员。 如因身体原因不能参加体质测试的学生请同时提交近三个月的三甲医院开具的诊断书及病历。