**湘潭医卫职业技术学院《大学生体质健康标准测试》**

免 试 申 请 表

**院（系）： 学期：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 专业 |  | 年级 |  | 班级 |  |
| 申请  理由 | 学生本人签名：  年 月 日 | | | | |
| 医院  证明  （附件） | （审核附原件的复印件并签署意见）  辅导员（班主任）核实签名：  年 月 日 | | | | |
| 二级  学院  意见 | 负责人签名盖章：  年 月 日 | | | | |

说明：申请人按表中流程完成线下审批后，由学生扫码登录体测平台，上传此表及相关医学证明，完成线上审核后系统自动认定免测。

****