**徐特立学院定制化培养选课表**

**学年第 学期**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 姓名 | |  | | | 教学班号 | | |  | |
| 专业 |  | 邮箱 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 需删除课程 | **\*课程名称** | | | | **\*学分** | **\*学时** | | | **\*任课教师** | | |
|  | | | |  |  | | |  | | |
|  | | | |  |  | | |  | | |
| 需增加课程 | **\* 课程名称** | | **\*学分** | | **\*任课**  **教师** | **\*上课**  **周次** | | **\*上课**  **星期** | | **\*上课**  **节次** | **\*上课**  **地点** |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 申请原因 | 具体原因（涉及删除必修课请在此说明替代课程，涉及专业变更的请一定在此说明）  签名： 日期： | | | | | | | | | | |
| 导师或任课  老师意见 | 如专业选修课涉及课程容量满，请征求任课老师意见  签名： 日期： | | | | | | | | | | |
| 学院意见 | 签名： 日期： | | | | | | | | | | |