

## PHIẾU YÊU CẦU ĐƯỢC TRỞ LẠI HỌC TẬP

### THÔNG TIN SINH VIÊN

Họ và tên sinh viên: \_\_\_\_\_ MSSV: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Lớp: \_\_\_\_\_ Khoa: \_\_\_\_\_ Ngành: \_\_\_\_\_

### NỘI DUNG YÊU CẦU

Được trở lại học tập kể từ học kỳ		năm học	
	Hết thời gian được cho phép để nghỉ học tạm thời		
	Bị buộc thôi học do không thực hiện nghĩa vụ học phí		
	Hết thời gian bị xử lý kỷ luật		
	Khác, vui lòng ghi cụ thể		

Sinh viên ký tên:

Ngày yêu cầu ...../...../.....

Xác nhận của PHSV:

### XÉT DUYỆT CỦA BỘ PHẬN LIÊN QUAN

Xác nhận của cố vấn học tập	Ý kiến của lãnh đạo Khoa/Viện/BM
	Đề nghị tiếp nhận sinh viên trở lại học tập
	Kể từ học kỳ _____ Năm học _____
	Sắp xếp vào lớp SV _____
Ký tên, họ tên: _____ Ngày: ___/___/___	Ký tên, họ tên: _____ Ngày: ___/___/___
Ý kiến của Phòng chức năng 1	Ý kiến của Phòng chức năng 2
Ký tên, họ tên: _____ Ngày: ___/___/___	Ký tên, họ tên: _____ Ngày: ___/___/___
<b>Ý KIẾN CỦA BAN GIÁM HIỆU TRƯỞNG</b>	