附件1：

**浙江大学** **年秋季未报到研究生新生处理意见表**

|  |
| --- |
| 未报到新生名单 |
| 学号 | 姓名 | 原因 | 拟处理意见 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 院系意见 | 院系教学办负责人签字：教学办公章：年 月 日 | 主管领导签字：院（系）公章：年 月 日 |
| 学院意见：主管领导签字： 年 月 日 |

系（临床医学院）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注：此表交医学院研究生教育办。