附件：3

**变更测试时间申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **学 号** |  |
| **学院（系）** |  | **民族** |  | **联系电话** |  |
| **变更****原因** | 变更测试时间原因： |
| **原安排的测试时间** |  |
| **变更后测试时间** |  |
| **院系负责人签字： 院系盖章：** |
| **备注** | 1、此表必须有院系盖章，申请表原件每学期复习周前交工学部体育馆二楼体质测试办公室保存备查。（工作时间 每周二14:05-17:00）2、一经查实弄虚作假，该年体测成绩以零分记入学生档案，并上报学校学工部门，追究学生本人责任。3、此表需填写完整。 |

填表日期： 年 月 日