\_\_\_\_\_\_学院转专业工作方案

20 －20 学年第 学期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 领导小组名单 | 组长：  成员： | | |
| 咨 询 | 咨询老师：  咨询电话： | | |
| 专 业 | | 拟接收人数 | 转入条件或要求 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 主管教学院长签名： 年 月 日 | | | |
| 教务处审核：  签名： 年 月 日 | | | |
| 学校审批：  分管教学校长签名： 年 月 日 | | | |