**研究生课程调动申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课程名称 |  | 任课教师 |  |
| 原定时间 |  | 原定教室 |  |
| 调课原因及方案：申请人签名： 申请时间： |
| 调整后时间 |  | 调整后教室 |  |
| 系主任意见： |
| 教学院长意见： 院系盖章： |

**注：本表格至少需提前3个工作日申请，填写后交学院教学管理办公室。**