附件4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推荐学院名称2024年应届本科毕业生  自愿放弃推免资格的申明 | | | |
| 学号 |  | 姓名 |  |
| 学院 |  | 专业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 综合成绩 |  | 综合名次 |  |
| 本人自愿放弃推免资格理由及申明：  本人签字：  年 月 日 | | | |
| 推荐学院（部门）意见：  学院（部门）推免工作领导小组组长签字：  （学院或部门盖章）  年 月 日 | | | |
| 推免工作负责部门意见：  推免工作负责人签字：  （推免工作负责部门盖章）  年 月 日 | | | |
| 注：本表一式两份，推荐学院（部门）和研究生处各保留一份存档备查。 | | | |