附件3：

广州城市职业学院《心理健康教育与训练》

课程拓展实践学时认定申诉表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **学院** |  | **班级** |  | |
| **学号** |  | | **联系方式** |  | | |
| **申诉活动名称** |  | | **申诉活动**  **时间** |  | **主办**  **单位** |  |
| **申诉请求** | （写明申诉原因，并提供申诉证明材料）  **本人签名：**  **年 月 日** | | | | | |
| **二级学院意见** | **负责人签（章）：**  **年 月 日** | | | | | |
| **心理健康教育与咨询中心意见** | **负责人签（章）：**  **年 月 日** | | | | | |

**注：学生在申诉过程中如有弄虚作假将依据《广州城市职业学院学生手册》进行处分。**