

红河卫生职业学院关于 2018 级三年制大专转专业申报及考核工作的通知

各系（部）：

2018-2019-1 学期转专业工作目前已经完成前期准备，现将下一阶段转专业计划申报审核及后期推进工作安排如下，请各系按照时间节点完成：

1. 各系于第 1 学期（本学期）第 8-9 周公布计划，并将本系转专业计划上报教务处，计划包括可接收人数、考核内容、考核形式、考核标准、考核时间、考核地点等内容（见附件 3），各系在第 9 周完成后汇总将附件 3 纸质版交教务处 504 教学信息管理科雷行秋老师处，电子版发送至 550720232@qq.com 邮箱；

2. 学生在第 2 学期（下学期）第 1 周填写《红河卫生职业学院学生转专业申请审批表》，并经所在系同意后，交拟转入系。每个学生只能向一个专业提出申请；

3. 拟转入系应于第 2 学期（下学期）第 3 周内组织公开考核，考核完成后将考核结果上报教务处，并在第 2 学期第 5 周将纸质版《红河卫生职业学院学生转专业申请审批表》及红河卫生职业学院转专业学生汇总表》交教务处 504 教学信息管理科雷行秋老师处，电子版《红河卫生职业学院转专业学生汇总表》发送至 550720232@qq.com 邮箱；

4. 教务处在第 2 学期第 6 周审核并公示转专业审批结果（在教务处网站通知公告栏公示，公示期为一周）；

5. 教务处将经批准转专业的学生信息按要求及时上报省教育厅；

6. 请各系（部）配合做好转专业相关工作。

- 附件：
1. 红河卫生职业学院学生转专业申请审批表
 2. 红河卫生职业学院转专业学生汇总表
 3. 红河卫生职业学院转专业计划表



红河卫生职业学院教务处

2018 年 10 月 8 日

红河卫生职业学院学生转专业申请审批表

填表日期：

姓名		性别		出生年月	
入学年月		学号		联系电话	
原所在系(部)	系	专业	级	班	
拟转入系(部)	系	专业	级	班	
申请理由	本人因_____ _____ 特此申请转专业。 学生签名：_____ 年 月 日				
家长意见	家长签名：_____ 年 月 日				
转出系(部)意见	思想品德鉴定(有无处分等)： 学生在本专业成绩(有无挂科情况)： 审核意见： 负责人签字：_____ 公章 年 月 日				
转入系(部)意见	考核成绩： 考核意见： 负责人签字：_____ 公章 年 月 日				
教务处意见	负责人签字：_____ 公章 年 月 日				
学校意见	负责人签字：_____ 公章 年 月 日				

注：1. 先从学校网站下载本表，详细填写学生本人基本信息和申请，一式三份，审批完成后，转出、转入系(部)、教务处各存一份。

附件 2

红河卫生职业学院转专业学生汇总表

系（部）名称：

（盖章）

年 月 日

序号	学号	姓名	转出专业	转出班级	拟转入专业	拟转入班级	专业排名百分比	备注
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

教学秘书签字：

系（部）主任签字：

红河卫生职业学院转专业计划表

序号：01

系(部):护理系

咨询地点:护理系办公室(南楼 408)

咨询电话:0873-3651275

专业名称	可接收人数	考核内容	考核形式	考核标准	考核时间	考核地点

注：纸质版需增加下列内容：

日期：

教学秘书：

系（部）主任签字盖章：

序号：02

系(部)：临床医学系

咨询地点：临床医学系办公室(北楼 511)

咨询电话：0873-3944218

专业名称	可接收人数	考核内容	考核形式	考核标准	考核时间	考核地点

注：纸质版需增加下列内容：

日期：

教学秘书：

系(部)主任签字盖章：

序号：03

系(部)：药学系

咨询地点：药学系办公室(北楼 211)

咨询电话：0873-3793731

专业名称	可接收人数	考核内容	考核形式	考核标准	考核时间	考核地点

注：纸质版需增加下列内容：

日期：

教学秘书：

系（部）主任签字盖章：

序号：04

系(部)：医技技术系

咨询地点：医技技术系办公室(北楼 311)

咨询电话：0873-379702

专业名称	可接收人数	考核内容	考核形式	考核标准	考核时间	考核地点

注：纸质版需增加下列内容：

日期：

教学秘书：

系(部)主任签字盖章：