德州职业技术学院心理问题学生复学心理状况评定表

姓　名		性　别		出生年月	
系（院）		班 级		联系电话	
休学时间			拟复学时间		
休学原因					
医院康复诊断（三甲医院精神心理科或学校指定医院开具）					
辅导员意见（对学生休学期间和目前精神、生活情况的了解）	签字（盖章）：　　日期：				
心理健康教育中心意见	签字（盖章）：　　日期：				

注：此表一式三份，辅导员、所在系（院）心理辅导员、心理健康教育中心各一份。