附件1：

二级学院转专业实施方案简表

二级学院（盖章）： 负责人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二级学院转专业领导小组 | | 组长：  成员： | | | | |
| 二学院转专业工作小组 | 组长：  成员： | | | | | |
| 专业名称 | 2017年招生计划 | | 2017级接受转入计划 | 专业准入条件 | 录取方法 | 专业咨询 |
|  |  | |  |  |  | 咨询联系人：  咨询电话：  咨询地点：  电子邮箱： |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

经办人（签字）： 报送时间：