皖南医学院成绩复查申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 |  | 年级专业班级 |  |
| 课程名称 |  | 学年学期 |  | 课程成绩 |  |
| 申请复查试卷原因 | 申请人（签字）： 联系方式： 年 月 日 | | | | |
| 学生所在学院意见 | 负责人（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | |
| 课程所在  教研室  复查结果 | 复查小组（签字）： 教研室主任（签字、盖章）：  申请学生确认（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 课程所在学院意见 | 负责人（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | |
| 教务处  意 见 | 负责人（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | |