**中山大学中山医学院课程考试成绩复核申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 性别 |  |
| 院系 |  | 专业 |  | 年级 |  |
| 班别 |  | 成绩 |  | 联系电话 |  |
| 课程名称 |  | 授课医院（单位） |  |
| 考试时间 |  | 补考：是□ 否□ | 缓考：是□ 否□ |
| 申请原因 | 申请人签名： 年 月 日 |
| 学生所在院系意见 | 年级学工办签名： 年 月 日 |
| 主管教学领导签名： 年 月 日 |
| 开课院系复查意见 | 签名： 年 月 日 |

\_\_\_\_\_\_学年\_\_\_\_\_\_学期