**中山医学院本科课程考试成绩复核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 学号 |  | 院系 | |  |
| 专业 |  | | 年级 |  | 班别 | |  |
| 成绩 |  | | 联系电话 |  | 邮箱 | |  |
| 课程名称 | |  | | 开课单位（授课医院） | |  | |
| 考试时间 | |  | | 补考：是□ 否□ | | 缓考：是□ 否□ | |
| 申请原因 | | 申请人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 本科教学办公室  意见 | | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 开课单位复核意见 | | 复核人签名： 年 月 日 | | | | | |

\_\_\_\_\_\_学年\_\_\_\_\_\_学期

说明：1. 按照学校本科学籍管理规定，学生要求复核成绩的，应在成绩公布后的三个月内提出，逾期不予受理。

2. 本表限中山医学院学生本人提交纸质版，不受理任何形式的电子版申请表。现场提交的，持学生证、校园卡等有效证件核实身份；通过教学办投递箱自助投递的，另附有效证件复印件。其他学院学生若申请复核我院开课课程成绩的，按所在学院要求提出申请。

3. 开课单位（含院内教研室和其他学院、附属医院）复核后，请将纸质表格返回中山医学院本科教学办公室。

4. 中山医学院本科教学办公室统一将成绩复核结果（本表格扫描件）以邮件形式回复学生。