云南中医药大学学生考试成绩复查申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | 姓 名 |  |
| 学 院 |  | 班 级 |  |
| 课程考试学期 |  | 开课学院 |  |
| 课程代码及名称 |  | 任课教师 |  |
| 申请复查理由：  申请人签字： 年 月 日 | | | |
| 教务处意见：  签字（盖章）： 年 月 日 | | | |
| 开课学院（部）复查结果及处理意见：  复查人员签字：  开课学院（部）分管领导签字（盖章）： 年 月 日 | | | |

注：此表一式三份，分别由教务处、开课学院及申请人留存。