

哈尔滨医科大学硕士研究生入学考试

初试成绩复核申请表

考生编号		姓 名	
复核试卷 科目名称		原始成绩	
身份证号		联系电话	
申请复核 理由 (请填写 详细情况)			
申请复核 考生身份 证正面复 印件粘贴 处	申请人签字： <div>2018 年 02 月 日</div>		

注：本表由考生本人填写，粘贴身份证复印件并签字后拍照，将照片以“考生编号后四位+姓名”命名后发送至 hydyzb@sina.com 邮箱中。复核成绩工作由专人负责，复核成绩结束后结果将以电话形式通知考生本人！