右江民族医学院硕士研究生招生考试成绩

复核申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 考生编号 |  |
| 报考点名称 |  | 报考单位 |  |
| 成绩复核申请科目 |
|  | 第一单元 | 第二单元 | 第三单元 | 第四单元 |
| 科目(代码) |  |  |  |  |
| 公布成绩 |  |  |  |  |
| 估分成绩 |  |  |  |  |
| 复核申请理由 | 请在本框内写明申请复核成绩的理由，并列出申请复核科目各小题的估分分数，位置不足的写在背面。 |
| **考生签名： 日期：**  |