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：** | | | | | | | |