兰州大学基础医学院成绩复核申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 专业 |  | 年级 |  |
| 学院 |  | | 姓名 |  | |
| 课程号 |  | | 课程名 |  | |
| 任课教师 |  | | 成绩 |  | |
| 申请理由 | 学生签字： 年 月 日 | | | | |
| 以上信息由学生本人填写，必须填写完整，否则不予受理 | | | | | |
| 辅导员 审核意见 | 学生辅导员签字： 年 月 日 | | | | |
| 学生所在学院意见 | 主管签字（单位章）： 年 月 日 | | | | |
| 开课学院复核结果 | 复核人一签字：  复核人一签字： 年 月 日 | | | | |
| 开课学院意见 | 主管领导签字： 年 月 日 | | | | |

**办理流程:**

1. 学生在成绩公布后2周内提出申请，填写本表并请学生所在学院教学院长签字同意。

2. 将表签字后统一交基础医学院进行复核。

3. 学院安排2人以上教师共同进行复核，并填写审核结果后反馈学生所在院系，

4．学生所在院系教务老师将复核结果通知学生本人。