附件：

南昌医学院2024年退役大学生士兵专升本

考试成绩复核申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 |  |
| 考场号 |  | | 准考证号 |  |
| 联系电话 |  | | 报考专业 |  |
| 复查项目名称 | 职业素质测试得分/奖励加分 | | 公布成绩 |  |
| 申请  复核  理由 | 考生签字： 年 月 日 | | | |
| 查分  结论 | 复核人（签字）： 年 月 日 | | | |
| 监督人员意见：  监督人（签字）：  年 月 日 | | 教务处意见：  负责人（签字）：  年 月 日 | | |