**附件：**

**安徽医科大学临床医学院2023年专升本专业课考试**

**考生成绩复查申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **毕业学校** |  | |
| **联系电话** |  | | **准考证号** |  | |
| **座位号** |  | | **报考专业** |  | |
| **申请查询科目** |  |  | | | 申请考生签名：  年 月 日 |
| **公布成绩** |  |  | | |
| **复查结果** |  | | | | 查分人员签名：  纪检人员签名：  领导组长签名： |