

附件:

**安徽医科大学临床医学院 2024 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:
公布成绩			年 月 日
复查结果			查分人员签名: 纪检人员签名: 领导小组签名: