附件2

山东第二医科大学转专业考试成绩复查申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 |  |
| 专 业 |  | 班 级 |  |
| 复查理由 | 考生签字： 年 月 日 | | |
| 考生所在  学院意见 | 负责人签字： 盖章：  年 月 日 | | |
| 成绩复核  结果 | 复核人签字： 盖章：  年 月 日 | | |