**附件：**

**安徽医科大学临床医学院2019年专升本招生考试**

**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 |
| **通知成绩** |  |  | | |
| **复查结果** |  | | | | 查分人员签名：  纪检人员签名：  领导组长签名： |

备注：

1、查分限查漏改、漏统、错统，宽严不查；

2、经核查有误的通知考生，我们将于5月20日之前电话回复考生，成绩无误则不予反馈。

3、考生填写此表，扫描或拍照后于2019年5月17日下午17:00前发送电子邮件到lcyxyzs@163.com邮箱，并拨打招生就业办办电话（0551-62532800）确认邮件信息；