**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： |