**课程考试成绩复核申请表**

学年 学期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 专业 |  | 年级 |  |
| 课程名称 |  | 教学班号 |  |
| 申请原因 | 申请人签名： 年 月 日 | | |
| 任课教师意见 | 任课教师签名 ： 年 月 日 | | |
| 成绩复查结果 | 主管教学领导签名： 年 月 日 | | |