

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校  
學生成績複查申請表

申請日期： 年 月 日

學制	<input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 夜間部 <input type="checkbox"/> 在職專班		
姓名		科別班級	科 年 班
學號		聯絡電話	
申請時效	開學後二週內至教務處註冊組辦理		
複查項目	_____學年度第_____學期 <input type="checkbox"/> 期中成績 <input type="checkbox"/> 平時成績 <input type="checkbox"/> 學期成績 其他：_____		
複查科目		授課教師	
複查原因	原始分數：_____分      ※附原核發成績單正本 複查成績原因說明：  申請人：_____		
授課教師意見：		授課教師簽章	
處理結果 (由教務處填寫)			
承辦人	註冊組長	教務主任	