皖南医学院成绩更正申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课程名称 |  | 学年学期 | |  | | 更正日期 | |  | |
| 任课教师 |  | 所在教研室 | |  | | 联系方式 | |  | |
| 更正成绩原因 | 任课教师（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 更正成绩一览  （如表格不够填写，可按此格式另附页） | 学号 | | 姓名 | | 年级专业  班级 | | 更正前  成绩 | | 更正后  成绩 |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
| 教研室意见 | 教研室主任（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 教研室所在  学院意见 | 负责人（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 教务处  意 见 | 负责人（签字）： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |