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 |