

同济大学学生成绩复核申请表

学号		姓名		专业	
所在院系			现年级		联系电话
申请复核课程名称			课程号		任课教师
复核课程考核时间	20	--20	学年 第	学期	考场
	年	月	日		
复核课程考核性质	正常 () 重修 () 重考 ()			原成绩	
申请理由： (复核成绩的期限为该课程考核后半年内) 申请人签字：_____年 月 日					
学生所在院系教务科意见： 签字(公章)：_____年 月 日					
开课院系教务科意见： 签字(公章)：_____年 月 日					
开课院系意见 教学副院长或系主任(公章)：_____年 月 日					
复核结果(注明原成绩是否有误)： 教学副院长或系主任：_____年 月 日					

注：本表填写完相关内容后交学生所在院系，学生所在院系负责通知学生本人。