

兰州大学基础医学院成绩复核申请表

学号		专业		年级	
学院			姓名		
课程号			课程名		
任课教师			成绩		
申请理由	学生签字：_____ 年 月 日				
以上信息由学生本人填写，必须填写完整，否则不予受理					
辅导员 审核意见	学生辅导员签字：_____ 年 月 日				
学生所在 学院意见	主管签字（单位章）：_____ 年 月 日				
开课学院 复核结果	复核人一签字：_____ 复核人一签字：_____ 年 月 日				
开课学院 意见	主管领导签字：_____ 年 月 日				

办理流程：

1. 学生在成绩公布后 2 周内提出申请，填写本表并请学生所在学院教学院长签字同意。
2. 将表签字后统一交基础医学院进行复核。
3. 学院安排 2 人以上教师共同进行复核，并填写审核结果后反馈学生所在院系，
4. 学生所在院系教务老师将复核结果通知学生本人。