

敏惠醫護管理專科學校

學生學期成績複查申請書

姓名：	學號：	班級：	聯絡電話：
課程名稱：	成績：	授課教師：	申請日期：
申請複查理由： (本欄若不敷使用可另紙書寫)			
以下欄位由授課教師填寫			
授課教師回覆： (請於十日內回覆)			
(本欄若不敷使用可另紙書寫)			
複查結果	<input type="checkbox"/> 維持原評定成績。 <input type="checkbox"/> 更正成績為 _____ 並向教務處提出成績更正。		
授課教師簽名：	年 月 日	聯絡電話：	

※學生若無法接受複查結果，得於收到授課教師複查結果次日起十日內向學生申訴評議委員會提出申訴。

學生申訴評議委員會 處理結果	本案業經學生申訴評議委員會 _____ 年 月 日會議通過。 <input type="checkbox"/> 決議維持原評定成績。 <input type="checkbox"/> 請授課教師重新評定該生成績。 主管簽章： _____ 年 月 日
-------------------	---