附件4

**成绩复查申请表**

**学院： 学期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 班级 |  | 学号 |  |
| 课程名称 |  | 授课教师 |  | 原成绩 |  |
| 理由：学生签字：年 月 日 |
| 教学单位意见：负责人签字： 年 月 日 |
|

|  |
| --- |
| 复查成绩 |
|  |

结论：质量管理办公室复查人：复查人：年 月 日 |
|  注：应由教务处、质量管理办公室共同复查。 若复查结果与原成绩不符，应由教学单位通知任课教师启动成绩修改程序。 |

说明：该申请单一式两份，分别由教学单位、教务处各保存一份。