

附件 3

昆明医科大学博士学位研究生初试成绩复核申请表

日期：

考生基本 信息	姓 名		考生编号		
	联系电话		身份证号		
申请复核 结果	序 号	科目代码	科目名称	现有成绩	自估成绩
<p>申请复核理由：</p> <p style="text-align: right;">申请人签名：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
<p>报考单位审核意见：</p> <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

注：此表由申请人填写，一式一份，由招生单位存档备查。