

附件 2

昆明医科大学 2020 年硕士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 核科目	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： 年 月 日</p>					
<p>报考单位审核意见：</p> <p style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</p>					

注：此表由申请人本人填写，登录指定网站按规定格式上传。