



中山醫學大學學生學期成績複查申請表

學生姓名：	學號：	就讀系所：	聯絡電話：
課程名稱：	課號： 成績：	授課教師：	申請日期：
申請複查理由： <div style="text-align: right;">(本欄若不敷使用可另紙書寫)</div>			
以下欄位由授課教師填寫			
授課教師回覆： (請於十日內回覆) <div style="text-align: right;">(本欄若不敷使用可另紙書寫)</div>			
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：	

※ (1) 學生若接受複查結果，則不須再提請開課單位處理。

(2) 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開課單位提出申訴。

開課單位 處理結果 (請於十日 內回覆)	本案業經本系(所、學程、室、組)下列會議通過： _____年____月____日_____會議。 <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。 開課單位： _____ 主管簽章： _____ 年 月 日		
-------------------------------	--	--	--

※ 學生成績複查經開課單位相關會議及其單位主管簽章後仍有不服者，至遲得於收到開課單位處理結果後次日起十日內向學生申訴評議委員會提出申訴。

..... (請延此線撕下)

中山醫學大學學生學期成績複查申請表 (學生收執單)

學生姓名：	學號：	就讀系所：	聯絡電話：
課程名稱：	學期成績：	授課教師：	開課單位：
學生成績複查送開課單位： 年 月 日 開課單位簽收人： _____			

..... (請延此線撕下)

中山醫學大學學生學期成績複查申請表 (學生收執單)

學生姓名：	學號：	課程名稱：	學期成績：
學生成績複查送授課教師： 年 月 日 教務處承辦人員簽收： _____			