

# 潍坊医学院同等学力学位课程成绩 勘误申请表

姓名		身份证号	
课程名称		联系方式	
申请原因	申请人签字： 年 月 日		
任课教师 意见	该学生该门课程成绩是否有误： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如成绩有误，请填写如下信息： 经过核查，该生_____课程的考试成绩需要勘误，原 成绩_____，勘误后成绩_____，勘误原因为_____。  任课教师签字：_____ 课程负责人签字：_____ 年 月 日 年 月 日		
学院意见	负责人签字：_____ 学院印章：_____ 年 月 日		

注：1、请同等学力学生在课程结束第二学期开学后一个月内将此表提交给任课教师。2、如成绩存在有误，请任课教师将此表和试卷复印件交研究生处。3、此表一式两份，学院留存一份，交研究生处一份。