

附件三

嘉南藥理大學 109 學年度第 1 學期藥學系轉系考試

複查成績申請表

考 生 姓 名		報 名 編 號	
身分證統一編號			
報 考 年 級	<input type="checkbox"/> 日四技二年級		
申請複查項目	<input type="checkbox"/> 普通化學 <input type="checkbox"/> 普通生物學 <input type="checkbox"/> 在校歷年學業成績總平均分數的系標準化數值(Z值) <input type="checkbox"/> 個人自傳及在學中取得的個人表現佐證資料		
聯 絡 電 話			
申 請 日 期	年	月	日

考生簽章：_____

嘉南藥理大學 109 學年度第 1 學期藥學系轉系考試

複查成績回復表

考 生 姓 名		報 名 編 號	
身分證統一編號			
報 考 年 級	<input type="checkbox"/> 日四技二年級		
申請複查項目	<input type="checkbox"/> 普通化學 <input type="checkbox"/> 普通生物學 <input type="checkbox"/> 在校歷年學業成績總平均分數的系標準化數值(Z值) <input type="checkbox"/> 個人自傳及在學中取得的個人表現佐證資料		
聯 絡 電 話			
處 理 結 果			
申 請 日 期	年	月	日

※申請者請檢附成績單影本於 109 年 7 月 21 日 12:00 前以傳真 (Fax: 06-3663589) 方式先行提出 (逾期概不受理), 並請於上班時間 (06)2664911 轉 1125~1131 電話確認, 另將申請書原稿、成績單影本及複查費用新台幣 50 元(以郵政匯票繳交, 受款人請寫「嘉藥學校財團法人嘉南藥理大學」), 以限時掛號 (以郵戳為憑) 寄至本校教務處註冊組 (台南市仁德區二仁路一段 60 號) 註明複查轉系考試成績, 本校於收到考生申請信件後予以回覆。