

附件八、考生成績複查申請表

申請日期： 109 年 月 日

姓 名： 報名系別：

複查科目：

科 目	招 生 管 道	在 校 歷 年 學 業 成 績	書 面 資 料 成 績
複查請 打“√”	二年制進修部		

原郵寄地址如有變動，請改寫於下：

※注意事項：

考生如對成績有疑義時，得於 109 年 8 月 7 日（星期五）12：00 前提出複查申請。

一、請填妥本表後，傳真至本校招生委員會（傳真號碼：06-2660696），並來電確認傳真結果（電話 06-2664911 轉分機 1119~1120、1146~1147）。

二、成績複查申請表請以限時掛號信函（請附上回郵信封）寄至本校招生委員會。

三、逾期或手續不完備者不予處理。

-----✂-----請沿此線剪下，並黏貼於標準信封上使用-----

寄 姓 名： 報名編號：

件 聯絡電話：

人 地 址：

71710

台南市仁德區二仁路一段 60 號

嘉南藥理大學 109 學年度招生委員會 收
（二年制進修部甄選入學單獨招生）