

附件七、考生成績複查申請表

申請日期： 109 年 月 日

姓名： _____

報名系別： _____

連絡電話： _____

複查科目：

科目	招生類別	在校歷年 學業成績	書面資料成績	統測(或學測)原 始成績
複查 請打 “√”	<input type="checkbox"/> A類招生 (除應屆高中畢業生外)			
	<input type="checkbox"/> B類招生 (應屆高中畢業生)			
回覆 方式	<input type="checkbox"/> 郵寄(請附上回郵信封，剪下下方信封封面，並黏貼於標準信封上連同申請表一起寄至本會，本會將複查結果寄回) <input type="checkbox"/> 傳真(電話： _____) <input type="checkbox"/> E-MAIL: _____			

※注意事項：

- 考生對成績有疑義時，得於 109 年 8 月 14 日 (星期五)12:00 前提出複查申請。
- 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 1119~1120、1146~1147)。
 - 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-----

回郵信封封面(請詳填收件人地址、聯絡電話及學生姓名)

寄	71710 台南市仁德區二仁路一段 60 號
件	嘉南藥理大學 109 學年度招生委員會
人	(四年制進修部單獨招生)
收	地址：
件	連絡電話：
人	學生姓名：