

附件七、考生成績複查申請表

申請日期： 110 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 110 年 8 月 26 日 (星期四) 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: **06-2665350**)，並來電確認傳真結果(電話 06-2664911 或 0972964911 轉 1806、1807)。
 - 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 110 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：