

【附表五】**嘉南藥理大學 114 學年度第 1 學期轉學招生****成績複查申請表**

考 生 姓 名		報 名 編 號	
身分證統一編號		E - M A I L	
報 考 年 級	<input type="checkbox"/> 四技二年級 <input type="checkbox"/> 四技三年級 <input type="checkbox"/> 五專二年級 <input type="checkbox"/> 五專三年級 <input type="checkbox"/> 五專四年級		
申請複查項目			
聯 絡 電 話			
申 請 日 期		年	月 日

考生簽章：_____

嘉南藥理大學 114 學年度第 1 學期轉學招生**成績複查回覆表**

考 生 姓 名		報 名 編 號	
身分證統一編號		E - M A I L	
報 考 年 級	<input type="checkbox"/> 四技二年級 <input type="checkbox"/> 四技三年級 <input type="checkbox"/> 五專二年級 <input type="checkbox"/> 五專三年級 <input type="checkbox"/> 五專四年級		
申請複查項目			
聯 絡 電 話			
處 理 結 果			
申 請 日 期		年	月 日

※備註：

- 1、申請者請檢附成績單影本於 114 年 7 月 23 日(星期二)12:00 前傳真 (Fax: 06-2660696)，本校於收到考生申請信件後予以回覆。
- 2、複查結果會以 E-mail 方式回覆，E-mail 請填寫正確。