

附件三 112 學年度第 2 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"/> 日四技一年級 <input type="checkbox"/> 日四技二年級		
申請複查項目	<input type="checkbox"/> 筆試科目 <input type="checkbox"/> 學業成績 Z 值 <input type="checkbox"/> 書面審查		
聯 絡 電 話			
E - M A I L 複 查 回 復 用			
申 請 日 期	年	月	日

考生簽章：\_\_\_\_\_

嘉南藥理大學 112 學年度第 2 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"/> 日四技一年級 <input type="checkbox"/> 日四技二年級		
申請複查項目	<input type="checkbox"/> 筆試科目 <input type="checkbox"/> 學業成績 Z 值 <input type="checkbox"/> 書面審查		
聯 絡 電 話			
處 理 結 果			
申 請 日 期	年	月	日

※申請成績複查者請於 113 年 1 月 30 日 12:00 前將申請表以傳真 (Fax: 06-3663589) 方式提出 (逾期概不受理), 並於上班時間電話確認(06)2664911 轉 1124~1130, 另將申請書原稿及複查費用新台幣 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 (臺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復。