

湖北医药学院研究生课程成绩核查申请表

学号		姓名	
专业		联系电话	
培养单位 (学院/基地)			
申请核查课程名称： _____ 原始成绩： _____分 申请核查原因： _____ _____ _____			
核查后成绩： _____分			
课程负责人签字： _____ 学院教学办盖章			