

**慈濟大學**  
**107 學年度學士後中醫學系入學招生考試**  
**成績複查申請及查覆表(正面)**

申請考生	姓 名			准 考 證 號	
	聯 絡 電 話				
複查項目				複查回覆事項：	
原來得分					
※此欄請勿填 複查得分				回覆日期：	
考生簽章					

注意事項：

- 一、複查期限：**107年6月29日(五)**截止(以郵戳為憑)，逾期不予受理。
- 二、複查成績以一次為限，申請複查者不得要求影印各項成績。
- 三、查分規費：新台幣壹佰元整，請使用郵政匯票支付，匯票受款人請註明「慈濟學校財團法人慈濟大學」。
- 四、申請手續：將本表、成績單影本以**限時掛號**郵寄至「97004 花蓮市中央路三段701號 慈濟大學招生委員會」，並請於信封上註明「學士後中醫查分函件」。
- 五、本表正反面各項資料請逐項填寫清楚，背面並請貼足回郵書明收件人及地址，以憑回覆。

附件六：成績複查申請及查覆表(背面)

寄件人：慈濟大學招生委員會  
97004 花蓮市中央路三段701號

請貼足  
43 元郵票

限時掛號

收件人： 君收

縣市 市區 里 村 鄰

路(街) 段 巷 弄 號 樓之