

附表七：成績複查申請及查覆表

107 學年度私立醫學校院聯合招考轉學生招生考試 成績複查申請及查覆表

申請日期： 年 月 日

考生姓名	(親自簽名)	准考證號碼	
白天聯絡電話	住家：	身分證字號	
	手機：		
複查科目	原來得分	複查後得分 (考生勿填)	
複查(考生勿填)事項	回覆日期 107 年 月 日		
注意事項	<p>一、複查期限：107 年 8 月 14 日截止 (以郵戳為憑)。</p> <p>二、查分規費：每科新台幣 100 元整，請使用郵政匯票支付，郵政匯票受款人請註明：「慈濟學校財團法人慈濟大學」。</p> <p>三、申請手續：將本表、<u>成績單影本</u>，<u>查分規費</u>以限時掛號信函寄至 970 花蓮市中央路三段 701 號「107 學年度私立醫學校院聯合招考轉學生招生委員會試務組收」，並於信封上註明「查分函件」。</p>		