

北京中医药大学港澳台研究生入学考试初试成绩复核申请表

考生姓名		报名编号	
身份证号			
科目代码	科目名称	成绩	复核原因
需要说明的特殊情况			

注：此表请用 A4 纸打印，传真至 010-64287519。

请将身份证正面复印到下面空白处

--