

附件 2

复核申请表

姓 名		报考专业	
身份证号		联系电话	
申请复核原因	考生签名： 家长签名：		

注：若有成绩复核需求，请于 4 月 28 日前将考生及家长已签字的《复核申请表》发至 zsb@zjnu.cn，我校将对提出申请的考生进行成绩复核，并在 3 个工作日内通过考生的发件邮箱回复，不再以其它方式通知。