**广西师范大学课程成绩复核审核表**

(\_\_\_\_\_\_\_\_－\_\_\_\_\_\_\_学年\_\_\_\_\_学期)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 学院 |  | 年级 |  |
| 姓名 |  | 专业 |  | 联系电话 |  |
| 课程  名称 |  | | | 课程序号 |  |
| 任课教师 |  |
| 申请  理由 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | |
| 开课  单位  意见 | □同意申请，于第五周安排相关教师进行复核。  □不同意申请，理由为：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  分管教学领导签字： 年 月 日 | | | | |
| 复核情况 | 复核教师签字： 年 月 日 | | | | |
| 开课单位复核意见 | □同意复核教师意见。  □不同意复核教师意见，重新复核。  分管教学领导签字：单位（公章）： 年 月 日 | | | | |

备注：本表格须开学第一周内交至开课单位教学办公室。