**年 考试成绩复核申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 工作单位 |  | 手 机 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 身份证号 |  | 准考证号 |  |
| 申请复核考试科目 |  | 原成绩 |  |
| 申请复核理由：申请人签名：年 月 日 |

注：1、考试成绩公布30日内，将此表发送至邮箱：**3510768885@qq.com**，邮件主题：“考试项目名称+考生姓名”。

1. 成绩复核结果以电话或在此网站通知。
2. 申请复核多个科目的考生，请自行添加相关内容。

4、客观题科目，省内进行复核，主观题科目报人社部人事考试中心复核。