附件

**湖南省红十字会直属事业单位备灾救灾中心2024年公开选调笔试成绩复查申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 准考证号 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 申请复查科目 |  | | 所查科目原始成绩 | |  |
| 考生所在考区 |  | | 联系电话 | |  |
| 申请复查原因 | 缺考 （ ）  违纪 （ ）  零分 （ ） | | | | |
| 考生签名 | 年 月 日 | | | | |
| 备注：不在成绩复查范围内的复查申请不予受理。  请于6月5日12:00前传真至省红十字会。 | | | | | |