**山东省特种设备作业人员考试成绩复议申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 考试项目 |  | 邮箱 |  |
| 考号 |  | 成绩复议科目 |  |
| 现成绩 |  | 申请复议日期 |  |
| 复议原因 | 申请人签字： | | |
| 考试机构意见 | 签字： 盖章： 日期： | | |

说明：1.复议申请时间：成绩公布之日起20个工作日内，逾期视为放弃复议。

2.此表一式三份，申请人、考试机构、发证机关各1份。