附件2

个人成绩查询授权委托书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **授权人** | **姓名** |  | **联系电话** |  |
| **Email** |  |
| **身份证** |  | | |
| **学测成绩报名序号（或应试号码）** |  | | |
| **被授权单位** | | 首都医科大学 | | |
| **授权事项** | | 授权首都医科大学向相关机构查验、核准本人学科能力测试成绩等信息 | | |
| **授权时间** | | 2021年1月1日—12月31日 | | |
| **授权人**  **签名（或签章）** | | 年 月 日 | | |

**备注：**签名建议使用繁体正楷