2023年国家医师资格考试实践技能考试

成绩复核申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 准考证号 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 考点 |  | | 考试基地 |  | |
| 考试类别 |  | | | | |
| 考试时间 |  | | | | |
| 考生联系方式 |  | | | | |
| 申请复核理由 |  | | | | |
| 考生签名： | | 报考单位意见：  （盖章） | | | 现场审核点意见：  （盖章） |

备注：1.受理时间为国家医学考试网成绩公布后五个工作日内。

2.考生还需要提交身份证复印件。