国家医师资格考试实践技能考试

成绩复核申请书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 准考证号 |  |
| 证件号码 |  | 联系电话 |  |
| 试用单位 |  | | |
| 报考级别 |  | 报考类型 |  |
| 考试基地 |  | 考试时间 |  |
| 申请实践技能考试成绩复核理由 | | | |
|  | | | |
| 试用单位意见：  试用单位盖章  年 月 日 | | 市（县）区卫健委意见：  市（县）区卫健委盖章  年 月 日 | |

备注：受理成绩核查截止日期为成绩公示后一周内。

申请人请同时提供身份证复印件。

申请人签名： 考点（盖章）：