# 2023年医师资格考试实践技能考试成绩复核申请表

单位盖章:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 考试基地 | 考试基地 |  |
| 考试类别 |  |
| 考试时间 |  |
| 身份证号 |  | 准考证号 |  |
| 联系方式 |  |
| 申请复核原因 |  本人签名： 日期： |
| 所在单位意见 |  （盖章） 日期： |
| 报名点意见 |   （盖章） 日期： |

备注：1.考生需提交身份证复印件及准考证复印件。