附件：

**2023年国家医师资格实践技能考试**

**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） | | 考点意见：  （盖章） | |