附件

**医师资格考试成绩复核申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考 区 |  | 考 点 |  |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 考试类别 |  |
| 准考证号 |  | 考试成绩 |  |
| 申请复核  理由 |  | | |
| 本人承诺：  1. 所提交的材料真实、有效，无任何虚假信息。  2. 本人已充分了解成绩复核的流程和要求，接受复核结果为最终结果。  考生签字：  申请日期： | | | |