附件2

**2023年云南省住院医师规范化培训和助理全科医生培训结业临床实践能力考核结果复核申请表**

日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生  基本  信息 | 考生姓名 |  | 考 点 |  |
| 报考专业 |  | 准考证号 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 所属培训基地 |  | | |
| 申请复核理由：  考生签字（手印）：  年 月 日 | | | | |
| 所属基地审核意见：  单位法人代表/法定代表人签字： 单位公章  年 月 日 | | | | |

注：1.此表由考生本人填写，一式一份，考生填写完成后交所属基地，由基地审

核同意后统一上报至省卫生人才交流中心；

2.考生需用黑色碳素笔填写此表格；

3.表头的“日期”由考生所属基地统一填写为考生提交复核的时间；

4.请考生务必认真填写表格中相关信息，如因考生信息填写错误导致无法正

常复核，责任由考生本人承担。