

医师资格考试短线医学专业加试考试考生报名资格 复核表

考区		考点	
姓名		身份证号	
准考证号		毕业专业	
加试专业		所在科室	
所在单位			
<p>所在单位审核</p> <p>科室负责人签字：_____</p> <p>经办人签字：_____ 负责人签字：_____</p> <p>日期：盖章（单位公章）：_____</p>			
<p>考点审核</p> <p>经办人签字：_____ 负责人签字：_____</p> <p>日期：盖章（单位公章）：_____</p>			
<p>考区审核</p> <p>经办人签字：_____ 负责人签字：_____</p> <p>日期：盖章（单位公章）：_____</p>			