|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 所在单位审核  科室负责人签字：  经办人签字： 负责人签字：  日期：盖章（单位公章）： | | | |
| 考点审核  经办人签字： 负责人签字：  日期：盖章（单位公章）： | | | |
| 考区审核  经办人签字： 负责人签字：  日期：盖章（单位公章）： | | | |

附件6

**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**