|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **考生姓名** |  | **身份证号** |  |
| **考生准考证号** |  | **联系电话（手机号码）** |  |
| **公布成绩** |  | | |
| **复核试卷理由：** | | | |
| 申请人签名（附考生本人身份证复印件）：  年 月 日 | | | |
| 委培单位意见（单位人需盖委培单位公章）：  （公章）  年 月 日 | | | |

**2019年成都中医药大学附属医院中医住院医师规范化培训招生考试笔试试卷复核申请表**