

附件 1

医师资格考试合格考生信息修改审核表

姓 名		性 别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		(近 6 月免冠 2 吋 彩色证件照)
出生日期	□□□□年□□月□□日				
毕业学校					
专 业	专业				
学 历					
身份证号					
准考证号					
医师资格证书编码					
取得医师资格证书时间	□□□□年□□月□□日				
以上为修改前医师资格信息!					
申请修改内容	姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 身份证号 <input type="checkbox"/> 毕业学校 <input type="checkbox"/> 专业 <input type="checkbox"/> 学历 <input type="checkbox"/> 证书编码 <input type="checkbox"/>				
修改为					
修改原因	医师相关信息发生变化 <input type="checkbox"/> 录(导)入医师资格信息时发生错误 <input type="checkbox"/>				
修改原因 具体说明					
考试报名所在考点的卫生、中医药 行政管理部门审核意见： 经审核，符合规定， 同意 修改。 考试报名所在考点的卫生、中医药 行政管理部门盖章 经办人签字： 日期：	省级卫生、中医药行政管理部门审 核意见： 经审核，符合规定， 同意 修改。 省级卫生、中医药 行政管理部门盖章 经办人签字： 日期：				

注：1. “□”内不能为空，“是”打“√”，“非”打“×”。
 2. 用蓝黑色或黑色钢笔、签字笔填写，不得涂改。