附件1

医师资格考试合格考生信息修改审核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | （近6月免冠小 2寸彩色证件照） |
| **出生日期** |  年 月 日 |
| **毕业学校** |  |
| **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□ 性别□ 出生日期□ 身份证号□学历□ 专业□ 毕业学校□ 证书编码□ |
| **修改为** |  |
| **修改原因** | 医师相关信息发生变化 □ 录（导）入医师资格信息时发生错误 □ |
| **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“×”。**