**医师资格考试合格考生信息修改审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性 别** | | 男□ 女□ | | | （近6月免冠2寸彩色证件照） |
| **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□ 性别□ 出生日期□ 身份证号□  毕业学校□ 专业□ 学历□ 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** |  | | | | | | | |
| **执业医疗机构机构意见：**  信息核对无误，**同意**修改。（盖章）  主要负责人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | **考试报名所在考点的市卫生健康委审核意见：**  经审核，符合规定，**同意**修改。（盖章）  分管领导签字： 日期： 年 月 日 | | |
| **省卫生健康委审核意见：**  经审核，符合规定，**同意**修改。  负责人签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

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。