附件4

中医全科医生转岗培训结业考核

成绩复核申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 复核项目 | □理论考核 □技能考核 | | | | |
| 复核理由 | 申请人签名：  年 月 日 | | | | |
| 工作单位意见 | 工作单位盖章  年 月 日 | | | | |
| 市州  卫生健康委  意见 | 市州卫生健康委盖章  年 月 日 | | | | |

说明：由省中医药管理局科技教育处对学员结业考核成绩进行复核，仅核实是否存在成绩累计和登记错误的情况。