附件4

中医医师规范化培训

临床实践能力结业考核成绩复核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 手机号码 | |  |
| 报考专业 | 1.□中医专业（请勾选下列第二阶段培训学科）  □中医内科 □中医外科 □中医妇科 □中医儿科  □中医骨伤科 □针灸推拿科（含中医康复） □中医五官科  2.□中医全科专业 | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | 考核报名单位 | |  | |
| 复核理由 | 申请考生签名： | | | | | | |
| 报名单位意见 | 考生报名单位签章  年 月 日 | | | | | | |
| 复核结果 | 湖南省中医药管理局科技教育处  年 月 日 | | | | | | |

说明：由省中医药管理局科技教育处对学员临床实践能力考核成绩进行核查，仅核实是否存在成绩累计和登记错误的情况。