附件3.

**2024年医师资格考试考生报名资格审核确认登记表**

单位名称（公章）： 填表人及联系电话： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号码** | **毕业学校** | **所学专业** | **所在科室** | **是否以成教学历报考** | **是否为“非云南省2019-2023年资格审核通过以中专学历报考”考生** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  | 请填写“是”或者“否” | 请填写“是”或者“否” |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.填写学历信息时严格按照毕业证书所显示内容填写，请勿自行添加或删减；

2.该表提交至区（县）报名审核点，电子版制作为Excel表格一并提交。