

附件 2

## 2024 年广东省住院医师规范化培训结业临床实践

### 能力考核成绩复核申请表

住培基地（公章）：

联系人：

联系电话：

序号	考生姓名	证件号码	准考证号	培训基地	考核专业	考核基地