

附件 2

2015 年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表

考区（盖章）：

序号	考点 代码	姓名	身份证号	申报岗位	是否通过实 践技能考试	是否签署 考生承诺

经手人签字：

日 期：2015 年 月 日