

附件 3

2024 年医师资格考试_____报名点 现场审核授权书

沧州市卫生健康委员会:

考生_____ (身份证号: _____) 因

集中审核未通过, 原因:

未按规定时间参加初审

经我报名点审核, 该考生符合报考条件, 授权其本人持报名材料参加 3 月 日 的补充审核。

报名点联系人:

联系电话:

报考点名称 (加盖公章)

2024 年 月 日