2024年关岭自治县民族医生资格考核认定未通过人员申请书

（参考模版）

 本人XXX，性别：XX,家庭住址:XXXXXXXXXXXXXX,身份证号：XXXXXXXXXXXXX，联系电话：XXXXXXXXXXX。报名参加了关岭自治县2024年度民族医生资格考核认定，考核认定未通过原因为XXXXXXXXXX,我本人特申请现场复核，申请原因如下：

一、

二、

三、

 申请人（手印）：

 年 月 日