附件2：

**2023年雨湖区医疗卫生事业单位公开招聘**

**专业技术人员笔试成绩复查申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 准考证号 | |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 申请复查科目 |  | | 所查科目原始成绩 | |  |
| 申请复查原因 |  | | | | |
| 身份证复印件  粘贴处 | 考生签字：  申请日期： | | | | |