**类别： 确认号：**

**2024年医师执业资格考试通化考点考生信息表**

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名：** | **性别：** |
| **身份证号：** | |
| **档案邮寄地址：** | |
| **联系电话1：** | **联系电话2：** |

**注：请考生用黑色中性笔填写，务必保证字迹清晰准确。**