

附件

台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制 / Printed by the Ministry of Health of PRC

WS101

No:		接受院校 / Host Institution:			
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:		Family / Last name		First name
			Middle name		
	地区 / Region:		有效身份证件名称和号码 / ID No:		
	性别 / Sex: male[] female[]		出生日期: 年 月 日 Date of Birth: y. m. d.		
	学历 / Academic Degree Obtained:		专业 / Specialty:		
	毕业学校 / School of Graduation:				
	入学时间 / Date of Entry:		毕业时间 / Date of Graduation:		
	毕业证书编码 / Certification No:				
	通讯地址 / Address:				
	联系电话 / Tel:		E-mail:		
申请实习机构名称 / Institute of Internship:					
申请实习岗位类别 / Category of Internship:					
申请实习期限: 自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.					
接 受 院 校 签 字 盖 章		Authorized by: (印章/Seal) 年 月 日		申请人签字: Signature of Applicant: 年 月 日 y. m. d.	
省级卫生 / 中 医药行政主管 部门签字盖章		签字、盖 章缺一不 可 年 月 日			
备 注		1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。Note: 1. This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2 Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.			

共三联，此为第一联：寄台湾、香港、澳门实习人员

WS101

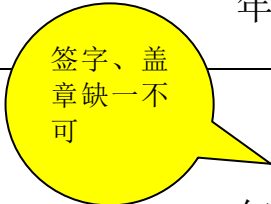
共三联，此为第二联：省级卫生 / 中医药行政主管部门留存

台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制 / Printed by the Ministry of Health of PRC

WS101

No:		接受院校 / Host Institution:	
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First name
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex: male[] female[]	出生日期: 年 月 日 Date of Birth: y. m. d.	
	学历 / Academic Degree Obtained:	专业 / Specialty:	
	毕业学校 / School of Graduation:		
	入学时间 / Date of Entry:	毕业时间 / Date of Graduation:	
	毕业证书编码 / Certification No:		
	通讯地址 / Address:		
	联系电话 / Tel:	E-mail:	
	申请实习机构名称 / Institute of Internship:		
	申请实习岗位类别 / Category of Internship:		
	申请实习期限: 自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.		
接受院校 签字盖章	 年 月 日		
省级卫生 / 中医药 行政主管部门签字 盖章	 年 月 日		
备 注			

共三联，此为第三联：公安出入境管理部门留存

