

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: Date of Birth:	年 月 日 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 for 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			

共三联第二联:省级卫生/中医药行政主管部门留存