

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				

共三联第三联:公安出入境管理部门留存