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:												
	姓名:		Family	/ Last nai	me		First name							
	Name:		Middle	name										
由	地区 / Region:	有	效身份证	E件名称和	·号码 / Ⅱ) No	:							
接	性别 / Sex:			出生日期	1:	年	月 日							
受	male [] fen	nale []		Date of B	Birth:	y.	m. d.							
实	学历 / Academi	c Degree C	btained:		专业 / Specialty:									
习	毕业学校 / Scho	学校 / School of Graduation:												
人	入学时间 / Date	e of Entry:			毕业时间 / Date of Graduation:									
员	毕业证书编码/	/ Certification No:												
院	通讯地址 / Add	lress:												
校	联系电话 / Tel:				E-mail:									
填	申请实习机构名	3称 / Institute of Internship:												
写	申请实习岗位类	类别 / Category of Internship:												
	申请实习期限:	自 年	月至	年	月									
	Duration: From	y.	m. to	y.	m.		_							
		Authoriz	zed by:				申请人签字:							
接	受院校		12-	主(2 1)			Signature of Applica	ant:						
答	字盖章		(£h.	章/Seal)	1			年 月 日						
	V 222			年	月	日		у. m. d.						
省组	双卫生/中													
医多	药行政主管													
]签字盖章							年月日						
	备注	使用。 2、请持》 Note: 1.This for	本表前往 rm is for	实习所在 persons c	地市、县	公安 om T	的来内地实习一年的台机关出入境管理部门办 Tai Wan, Hong Kong and s of Doctors.	小 理相应的签注手续。						

共三联,第一联:寄台湾、香港、澳门实习人员

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

2. Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.

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 In	stitution	:										
	姓名: Family			y / Last name First name						me						
	Name: Middl				e name											
由	地区 / Region: 有效身份证件名称和						2号码 / II	No:								
接	性别/Sex: 出生							年	月	E	1					
受	male [] female [] Date of							y.	m.	(1.					
实	学历 / Academic Degree Obtained:						专业/S	pecialt	y:							
习	毕业学校 / Sc															
人	入学时间 / Date of Entry:						毕业时间 / Date of Graduation:									
员	毕业证书编码															
院	竞 通讯地址 / Address:															
校	联系电话 / Te		E-mail:													
填	申请实习机构名称 / Institute of Internship:															
写	申请实习岗位类别 / Category of Internship:															
	申请实习期限		年	月至	年		月									
	Duration: Fron	n	y.	m. to	y.		m.									
Ž	接受院标	Ž														
2	签字盖章	2											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

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 In	stitution:									
	姓名:	Family / Last name First name											
	Name:		Middle name										
由	地区 / Region: 有			效身份证件名称和号码 / ID No:									
接	性别 / Sex:		出生日期: 年 月 日										
受	male [] fe	Date of I		у.	m.	d.							
实	学历 / Acaden		专业 / S	pecialt	y:								
习	毕业学校 / Sc	hool of Grad	uation:										
人	入学时间 / Da		毕业时间 / Date of Graduation:										
员	毕业证书编码	/ Certification	on No:										
院	通讯地址/Ac	ddress:											
校	联系电话/Te	E-mail:											
填	申请实习机构	实习机构名称 / Institute of Internship:											
写	申请实习岗位	位类别 / Category of Internship:											
	申请实习期限		月至		月								
	Duration: Fron	n y.	m. to	y.	m.								
才	安受院 核	ا ا											
签字盖章		Ē								年	月	日	
省组	及卫生/中	2 医											
药行政主管部门													
签字盖章								年	月	日			
	备注												