附件2

**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**Duration: From** | 年 月至 年 月**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 | 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**

**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**Duration: From** | 年 月至 年 月**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 | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**Duration: From** | 年 月至 年 月**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 | 年 月 日 |
| 备 注 |  |

中华人民共和国卫生部印制／Printed by the Ministry of Health of PRC WS101

共三联第三联：公安出入境管理部门留存