附件3

香港/澳门特别行政区永久性居民参加

国家医师资格考试实习合格证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | 男（ ） 女 ( ) |
| 出生 日期 | 年 月 日 | 地 区 | 香港（ ）澳门 ( ) |
| 永久性居民  身份证号码 |  | 实 习时间 | 自 年 月 日  至 年 月 日 |
| 实 习 医院名称 |  | | |
| 实 习 岗位类别 | 临床（ ） 口腔（ ） 中 医 ( ) | | |
| 实习期间工作的  基本情况 |  | | |
| 实习期满一年的考核情况 | 实 习 医院法定代表人（ 负责人）  签字（ 医院公章）  年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | |

注：本表由实习医院填写