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 nar				ne			First name						
	Name:		Middle											
由	地区 / Region:	有	效身份i	正件名称和	号码/	ID No:								
接	性别 / Sex:	出			J:	年	月	日						
受	male [] female	ıle [] female []			irth:	d.								
实	学历 / Academic Degree Obtained:					Speci	alty:							
	毕业学校 / School。	huation:												
习			iuation:		14 J -	1 37 /-								
人	入学时间 / Date of Entry:					毕业时间 / Date of Graduation:								
员	毕业证书编码 / Ce	rtificat	ion No:											
院	通讯地址 / Address:													
校	联系电话 / Tel:					l:								
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:自	年	月至	年 年	月									
	Duration: From	y.	m. to	o y.	m.									
		orized	by:			申请	人签字:							
}	妾 受 院 校						Signa	ture of Applicant:						
			()	沪章/Sea	1)									
3	签字盖章			左	ᄓ	п			年	- 月	日			
				年	月	日			y.	m.	d.			
省组	级卫生/中医													
药	行政主管部门													
签2	字盖章								年	月	日			
				于为参加	国家医り	币资格	考试的	来内地实习一年的	台湾、香	港、:	澳门			
			使用。 E tt * *	前行空 司1	征大山口	हे ह	八穴扣:	关山 \ 接答珊 郊门 :	九珊扣片	. 仏 父。	: ドモ			
	<i>b</i> ::-	续。	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。											
	备注	Note:												
1. This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong a									Macao w	/ho pla	an to			
	take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2 Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.													
	2.Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.													

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 / F	Host In	stitution								
	姓名: Family / Last nan					ame			Fir	st name			
	Name: Middle name												
由	地区 / Region	Region: 有效身份证件名称和					/ ID No:						
接	性别 / Sex:			出生日期: 年 月 日									
受		emale []	.4.:	Date of		y.	m.	d.				
实	学历 / Academic Degree Obtained:						/ Special	ity:					
习	毕业学校 / School of Graduation:												
人	入学时间 / Date of Entry:				毕业	时间 / Da	ate of (Graduati	on:				
员	毕业证书编码 / Certification No:												
院	通讯地址 / Address:												
校	联系电话 / Tel:					E-ma	il:						
填	申请实习机构	自名称 /]	名称 / Institute of Internship:										
写	申请实习岗位	上类别 /	Catego	ory of I	nternshi	p:							
	申请实习期限		年	月至									
	Duration: From	m 	у.	m. to) y.	m.							
扌	妾 受 院 相	交											
2	签字盖立	章									年	月	日
											<u> </u>		
省组	级卫生/中	户医											
药	行政主管部	邓门											
签2	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	1:	有效身份证件名称和号码 / ID No:									
接	性别 / Sex: 出生日				月:	年	月	日				
受	male [] female [] Date of Bi				1	у.	m.	d.				
实	学历 / Academic Degree Obtained:					Specialt	ty:					
习	毕业学校 / S	chool of Grad	luation:									
人	入学时间 / Date of Entry:				毕业时	间 / Da	te of C	Graduation	:			
员	毕业证书编码 / Certification No:											
院	通讯地址 / Address:											
校	联系电话/T	E-mail:										
填	申请实习机构	请实习机构名称 / Institute of Internship:										
写	申请实习岗位	申请实习岗位类别 / Category of Internship:										
	申请实习期限				月							
	Duration: From	m y.	m. te	o y.	m.							
	妾 受 院 木 签 字 盖 i									年	月	日
												• •
省组	级卫生/中	中 医										
药	行政主管部	书门										
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