外籍人员参加中国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 Minisrty of Health of PRC

|  |
| --- |
| No： 接受院校 / Hosr Institution： |
| 由 接 受 实 习人 员 院 校 填 写 | 姓名：Name: | Family / Last name First nameMiddle name |
| 地区/ Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No： |
| 性别/ Sex： 出生日期： 年 月 日Male [ ] female [ ] 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 Infernship: |
| 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 月曰 |
| 省级卫生/中医 药行政主管部门 签字盖章 | 年 月曰 |
| 备注 |  |

共三联，第一联：寄外籍来华实习人员

外籍人员参加中国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 Minisrty of Health of PRC

|  |
| --- |
| No： 接受院校 / Hosr Institution： |
| 由 接 受 实 习人 员 院 校 填 写 | 姓名：Name: | Family / Last name First nameMiddle name |
| 地区/ Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No： |
| 性别/ Sex： 出生日期： 年 月 日Male [ ] female [ ] 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 Infernship: |
| 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 月曰 |
| 省级卫生/中医 药行政主管部门 签字盖章 | 年 月曰 |
| 备注 |  |

共三联，第二联：省级卫生/中医药行政主管部门留存

外籍人员参加中国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 Minisrty of Health of PRC

|  |
| --- |
| No： 接受院校 / Hosr Institution： |
| 由 接 受 实 习人 员 院 校 填 写 | 姓名：Name: | Family / Last name First nameMiddle name |
| 地区/ Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No： |
| 性别/ Sex： 出生日期： 年 月 日Male [ ] female [ ] 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 Infernship: |
| 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 月曰 |
| 省级卫生/中医 药行政主管部门 签字盖章 | 年 月曰 |
| 备注 |  |

共三联，第三联：公安出入境管理部门留存