**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

附5

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 年 月至 年 月 Duration: From y. m.to y. m. | | | | |
|
| 接 收 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刷/Printed by the Ministry of Health of PRC WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 年 月至 年 月 Duration: From y. m.to y. m. | | | | |
|
| 接 收 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

**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刷/Printed by the Ministry of Health of PRC WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 年 月至 年 月 Duration: From y. m.to y. m. | | | | |
|
| 接 收 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，第三联：公安出入境管理部门留存