**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 nameMiddle 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 nameMiddle 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 nameMiddle 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