

附件 1

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 Middle name	First name
	国籍/Nationality:	护照号码/Passport No:	性别/Sex: male[] female[]
	出生日期: Date of Birth:	年 y. 月 m. 日 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	1、此表仅限于为参加中国医师资格考试的来华实习一年的外籍人员使用。 2、请持本表前往中国驻外签证机关办申请来华签证。 Note: 1、 This form is for the foreigners who plan to intern for one year to take the Examinations for the Qualifications of Doctors in China. 2、 Please present this form to apply for entry visa at the Chinese Embassy or Consulate General.		

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 Middle name	First name	
	国籍/Nationality:	护照号码/Passport No:	性别/Sex: male[] female[]	
	出生日期: Date of Birth:	年 y.	月 m.	日 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	
	国籍/Nationality:	护照号码/Passport 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	
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