

国家医学考试中心 国家中医药管理局中医师资格认证中心

文件

国医考发〔2016〕142号

国家医学考试中心 国家中医药管理局 中医师资格认证中心关于印发《医师资格考试 考务工作规程（网上报名和资格审核部分）》 的通知

各考区：

为落实国家卫生计生委领导批示，贯彻国家卫生计生委、中医药管理局《关于进一步加强医师资格考试管理工作的通知》（国卫医发〔2016〕40号）精神，经国家卫生计生委医考办同意，国家医学考试中心、国家中医药管理局中医师资格认证中心对《医师资格考试考务工作规程》网上报名

和资格审核部分进行了修订。现将修订后的《医师资格考试考务工作规程（网上报名和资格审核部分）》印发给你们，请遵照执行。



国家医学考试中心



国家中医药管理局
中医师资格认证中心

2016年12月29日

（信息公开形式：不予公开）

医师资格考试考务工作规程

（网上报名和资格审核部分）

为加强医师资格考试考务管理工作的科学化、规范化，确保医师资格考试的安全保密、公平公正，国家医学考试中心（简称“医考中心”）和中医药管理局中医师资格认证中心（简称“认证中心”）对《医师资格考试考务工作规程》网上报名和资格审核部分进行了修订，现将修订后的《医师资格考试考务工作规程（网上报名和资格审核部分）》印发实施。

一、发布考试信息

（一）国家发布考试公告。

年度考试工作开始前，国家卫生计生委医师资格考试委员会（简称“医考委”）发布年度考试公告，公布当年医师资格考试时间及有关事项安排。

（二）医考中心和认证中心印发考务工作安排。

根据医考委考试公告，医考中心和认证中心制定年度考务工作计划，印发考务工作安排，部署全国考试工作。

（三）考区、考点公布考试相关信息。

考区、考点根据医考委考试公告和医考中心、认证中心考务工作安排，采取适当形式及时公布本地区考试相关信息。

二、网上报名

(一)开通网上报名系统。

医考中心按期开通医师资格考试网上报名系统（以下简称“网报系统”），并做好网络维护和技术支持，保障网上报名工作正常进行。

(二)指导考生网上报名。

医考中心在网报系统开通前更新系统中《报名须知》、《报名流程》、《考生指导手册》等内容。

考区、考点公布本地区网上报名工作安排及要求，指导考生进行网上报名。考生应对本人填报信息的真实性、准确性负责。

对用户名及密码遗失且通过邮箱找回失败的考生，考区、考点确认其身份后在国家医学考试管理平台中进行密码重置服务。

(三)网报系统信息维护。

网报开始前，考区、考点对网报系统中本级医师资格考试领导机构、考务机构、联系电话、USBkey 等信息进行更新。

网报期间，考区、考点应及时对考生申报添加的信息进行审核维护。考区对本地区内的毕业院校信息进行审核，考点对本地区内的考生试用（或实习）机构信息进行审核，审核无误的，可收录至系统数据库中。不符合考试要求的试用（或实习）机构、毕业院校不予补录。

三、资格审核

资格审核工作实行考点、考区二级审核制。考区、考点应按照《中华人民共和国执业医师法》、《医师资格考试暂行办法》、《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》、《医师资格考试报名资格规定（2014版）》等有关规定进行资格审核。

（一）资格审核培训。

每年资格审核工作开始前，考区、考点应对资格审核人员进行培训。审核人员必须熟练掌握与报考资格相关的政策文件、审核标准、工作程序，以及网报和资格审核系统的使用。

（二）考点资格审核。

考点在规定时间内对本辖区网上报名成功的考生进行现场资格审核，逾期未进行网上报名的考生不予受理。

1.现场资格审核前，考点应采取适当形式公布本级现场资格审核工作安排，包括审核时间、审核地点、提交材料、缴费形式、联系方式等相关信息，方便考生提前准备。

2.现场资格审核期间，考点应在审核现场醒目位置设置提示标识，审核工作场所应放置或张贴《医师资格考试报名资格规定（2014版）》、《医师资格考试违纪违规处理规定》、《现场资格审核流程》、《现场资格审核提交材料目录》等宣传内容，方便考生资格审核。

法律法规允许且有条件的考点可配备身份证识别仪、指纹采集仪、人像采集等设备，对考生身份进行核验、现场采集考生指纹和考生人像，从源头上防范替考等作弊行为。

3.现场资格审核主要审核考生提交材料的真实性、有效性、准确性和完整性，重点审核考生的身份证明、报考学历、所学专业、学制、学习形式、试用机构及试用岗位、报考类别、注册年限（执助报考执业）等信息，同时核对考生网报信息与所提供材料信息是否一致，若有错误及时在审核系统中进行修改或完善。

4.对于符合报考条件的考生，现场审核人员收取考生报名材料，并在资格审核系统中审核通过，同时打印《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》（以下简称“报名表”）后，由考生核对所填信息并签字确认，信息一经签字确认不得更改；现场审核人员在考生签字确认后的《报名表》相应栏目内签署审核意见并签字盖章。

对于需要补充材料的考生应及时告知，并要求考生在规定时间内补交相应材料。

对于不符合报考条件的考生，现场审核人员应在资格审核系统中选填不合格原因，并将不合格原因及时通知考生或考生所在单位。

对于考生报名信息中出现无法录入的生僻汉字，考区、考点应在实践技能考试材料用量上报前附文字说明并汇总

逐级上报。

对于利用伪造证件、证明及其他虚假材料报名的考生，考区、考点应按照《医师资格考试违纪违规处理规定》给予相应处理；对于出具虚假证明的试用（或实习）机构，应移交相关部门按照《医疗机构管理条例》及其实施细则等法律法规进行处理。

5.资格审核通过后，根据考试收费标准，在规定时间内，考生现场或通过网上缴纳考试费用。

6.考点对审核通过的考生材料进行整理并与网上的报名人数核对无误后，上报考区复审。

（三）考区资格审核。

考区在规定时间内对考点审核通过的考生材料和网报信息进行复审。

1. 对于符合报考条件的考生，考区审核人员在考生《报名表》相应栏目内签署审核意见并签字盖章，同时在资格审核系统内填报审核意见。

对于需要补充材料或需退回考点重审的考生，考区应及时通知考点在规定时间内补交相应材料或重新审核。

对于不符合报考条件的考生，考区应在资格审核系统中选填不合格原因，并将不合格原因及时通知考点。

对于利用伪造证件、证明及其他虚假材料报名的考生，考区责成考点按照《医师资格考试违纪违规处理规定》给予

相应处理；对于出具虚假证明的试用（或实习）机构，考区责成考点移交相关部门按照《医疗机构管理条例》及其实施细则等法律法规进行处理；对于协助考生提供虚假材料的考试工作人员，应视情节轻重按有关规定给予相应的处罚。

2.考区资格审核结束后，应及时将考生审核情况通过审核系统上报至医考中心。

（四）审核材料管理

资格审核全部结束后，须留存的考生材料在考点保存一年。

当年医学综合笔试结束后，考点应将盖有考区、考点签章的考试合格考生《报名表》发给考生或所在单位，按要求保存于考生人事档案。

附件 1

报名须知

一、网上报名时间:____年__月__日至____年__月__日。
逾期不予补报。

二、考生网上报名前,须仔细阅读考生承诺相关条款,
点击“同意”后,方可继续进行报名。

三、考生填写个人信息(包括姓名、身份证件类型、证
件编码、毕业院校、学历、学制、专业、试用机构名称等,
军队考生建议使用身份证报名)应真实、准确、有效,所填
信息将用于医师资格考试和医师执业注册,请考生务必认真
填写。

四、考生须妥善保管个人用户名及密码,因个人原因泄
漏导致报名信息被修改的,由考生本人负责。如密码遗失,
考生可通过邮箱找回密码。

五、其他报名要求:

(一)申请参加乡村全科执业助理医师考试的考生须符
合乡村全科执业助理医师报考资格且报考地所在考区为当
年参加乡村全科执业助理医师考试的试点考区。

(二)申请参加短线医学专业加试的考生须符合临床类
别执业医师报考资格且在院前急救或儿科岗位工作或试用。

(三)单位隶属为军队、武警、公安且为现役军人的考

生，须参加军事医学内容的加试。

（四）香港非大陆学历考生现场审核地点为深圳考点；澳门非大陆学历考生现场审核地点为珠海考点；台湾非大陆学历考生可自愿就近选择考点进行现场审核。

六、网上报名成功后，考生须打印《医师资格考试网上报名成功通知单》，并在规定时间内到所在地考点进行现场资格审核。现场资格审核时间以所在地考点通知为准。

未在规定时间内进行现场资格审核、确认报名信息、缴纳考试费用的，报名无效。

七、现场资格审核考生需提交以下材料：

（一）《医师资格考试网上报名成功通知单》。

（二）本人有效身份证明原件及复印件。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证、军官证、警官证、文职干部、士兵证、军队学员证；台港澳居民往来大陆通行证和身份证（台、港、澳考生）、护照（外籍考生）。

（三）毕业证书原件及复印件，非大陆学历考生还须提交教育部留学认证中心出具的《国外学历学位认证书》。

（四）考生试用（或实习）机构出具的《医师资格考试试用期考核证明》，港澳台和外籍考生还须提交《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》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

(五) 执业助理医师申报执业医师考试的，还须提交执业助理医师《医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件，《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（如在执业注册过程中有变更记录，导致注册时间不满足报考年限的，须提供首次执业注册证明）。

(六) 工作单位是医疗机构的，还须提交该机构《医疗机构执业许可证》副本复印件。

(七) 报考传统医学师承或确有专长类别医师资格考试的，还须提交《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

(八) 应届毕业生还须填写《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》。

(九) 部队现役考生须提供军队相关身份证明原件及复印件，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

(十) 考生近期（6个月内）小2寸白底证件照，文件小于40kb，格式jpg。

(十一) 考区、考点规定的其他报名材料。

八、考生持规定报名材料到所在地考点进行现场资格审核，审核通过考生须对《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上个人信息认真逐字核对，**一经签字确认不得更改**。该信息将用于医师执业注册管理，**由考生个人原因导致信息填报错误影响考试或医师执业注册的，后果自负**。

九、提供虚假报名材料的考生，一经核实，将按照《医师资格考试违纪违规处理规定》有关规定处理。

十、如有其他疑问，请咨询所在地考点。

报名流程

医师资格考试报名包括网上报名和现场审核两个部分。为确保您报名成功，请务必仔细阅读以下报名流程并完成所有步骤。

第一阶段：网上报名

步骤 1.考生登陆国家医学考试网 (<http://www.nmec.org.cn/>)，点击“网上报名”，进入报名系统。

步骤 2. 报名前请先确认已注册，未注册考生点击“注册”按钮进行网上注册。注册成功后的用户名可用于国家医学考试中心开放的所有考试报名，还用于打印准考证和查询成绩等。

注册成功后，该用户名则不能更改，考生须牢记用户名和密码。报名过程中密码遗失的可通过邮箱方式找回。

步骤 3. 用上一步骤中的用户名和密码登录报名系统完善“个人信息”中相关内容。

填写个人信息应真实、准确、有效，不得自行添加标点符号或空格，否则会导致报名失败；所填个人信息将用于医师资格考试和医师执业注册，请务必认真填写。

步骤 4. 在“考试报名”中完成报名信息填写并提交。

步骤 5. 报名成功后，打印《医师资格考试网上报名成功

通知单》。

网报日期截止前，考生可使用该用户名及密码登录“国家医学考试服务平台”查询、修改报名信息。

如需修改报名信息，需在原报名信息处点击“重新报考”，信息重新填报并提交后，须重新打印《医师资格考试网上报名成功通知单》，原《医师资格考试网上报名成功通知单》无效。

第二阶段：现场审核

步骤 1：考生持规定报名材料，到所在地考点进行现场审核，具体审核时间、地点及要求以考点通知为准。

步骤 2：现场审核通过的考生，须在《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上签字确认，报名信息一经确认不得更改，同时按考点通知要求缴纳考试费用。

附件 3

医师资格考试网上报名成功通知单



考区代码	考点代码	类别	加试科目	序列号
考区:	考点:			
姓名:	性别:			
证件类型:	民族:			
证件编号:	出生日期:			
国籍:	学习形式:			
报考学历:	学制:			
毕业学校:				
毕业专业:				
毕业年月:	毕业证书编号:			
在岗情况:	工作单位所在行政区域:			
工作单位名称:				
重要提示:				
1. 请考生确认所持身份证件在考试期间有效。				
2. 请考生认真填写邮箱信息, 确保以后可以通过邮箱找回密码。				
3. 资格审核前, 因需要修改报名信息, 修改后务必重新报名并打印此通知单。				
4. 资格审核通过后, 不能修改报名信息。				

附件 4

医师资格考试报名暨授予医师资格申请表

考区代码	考点代码	类别	加试科目	序列号
考区：		考点：		
姓名：		性别：		
证件类型：		民族：		
证件编号：		出生日期：		
国籍：		累计报考次数：		
报考学历：	学制：	学习形式：		
毕业学校：				
毕业专业：				
毕业年月：		毕业证书编号：		
在岗情况：		工作单位所在行政区域：		
工作单位名称：		单位隶属：		
本人身份：		现役军人：		
联系地址：				
邮编编码：		单位电话：		
家庭电话：		手机：		
证书类型：				
执业助理医师资格获得证书年月：		执业助理医师资格证书编码：		
执业助理医师注册年月：		执业助理医师执业注册号：		
本人承诺：				
1. 以上所填报信息全部真实准确，信息不再进行修改。				
2. 所持身份证件在考试期间有效。				
3. 了解并遵守《医师资格考试违规处理规定》。				
				本人签字： 年 月 日
考点审核意见：			考区审核意见：	
审核人签名：		考点负责人签名：	审核人签名：	
考点盖章： 年 月 日		考区盖章： 年 月 日		

附件 5

医师资格考试试用期考核证明

姓 名		性 别		出生年月	
民 族		所学专业		医学学历	
取得学历 年 月		有效身份 证件号码		证 件 有效期	
报考类别					
试用机构	名 称				
	地 址		邮 编		
	登记号		法人姓名		
试用起止 时 间	() 年 () 月 至 () 年 () 月				
主要试用 岗位(科室)	岗 位 (科 室) 名 称	带教老师评价		带 教 老 师 医 师 执 业 证 书 号 码	带教老师签字
		合 格	不 合 格		
试 用 机 构 考 核 意 见	<p>我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。</p> <p>合格 () 不合格 ()</p> <p style="text-align: center;">单位法人代表/法定代表人签字： (单位公章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

- 注： 1. 带教老师对考生从岗位胜任力（如：基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守等方面）作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。
2. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。
3. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

附件 6

执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

执业助理医师资格证书编号：()

执业助理医师执业证书编号：()

姓 名		性 别		民 族	
医学学历		所学专业		取得学历 年 月	
报考类别		有效身份 证件号码		证 件 有效期	
工作机构	名 称				
	地 址		邮 编		
	登记号		法人姓名		
工作起止 时 间	() 年 () 月 至 () 年 () 月				
主 要 工 作 岗 位 (科 室)	岗 位 (科 室) 名 称	带 教 老 师 评 价		带 教 执 业 医 师 执 业 证 书 号 码	带 教 老 师 签 字
		合 格	不 合 格		
工 作 机 构 考 核 意 见	<p>我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。</p> <p>合格 () 不合格 ()</p> <p style="text-align: center;">单位法人代表/法定代表人签字： (单位公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

注： 1. 带教老师对考生从岗位胜任力（如：基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守等方面）作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。

2. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。

3. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

附件 7

应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

本人于_____年____月____日毕业于_____学校_____专业。自_____年____月起，在_____单位试用，至_____年____月试用期将满一年。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，将后续试用累计满一年的《医师资格考试试用期考核证明》及时交考点办公室。

如违诺，本人愿承担由此引起的责任，并接受**取消当年医师资格考试资格**的处理。

考生签字:

有效身份证明号码:

手机号码:

年 月 日

附件 8

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 Institution:		
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First 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: Date of Birth:	年 月 日 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.			
	接受院校 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、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 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。 Note: 1.This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2.Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.			

共三联, 第一联: 寄台湾、香港、澳门实习人员

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 Institution:		
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First 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.		
接受院校 签字盖章	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 Institution:	
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First 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.		
接受院校 签字盖章	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

附件 9

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
	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: Date of Birth:	年 月 日 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	1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 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。 Note: 1、This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2、Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.		

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: 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			
	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: 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:			申请人签字: Signature of Applicant:		
	(印章/Seal) 年 月 日			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

国家医学考试中心综合协调处

2016年12月30日印发

校对：张赛一