

## 香港/澳门特别行政区永久性居民参加 国家医师资格考试实习合格证明

姓    名		性    别	男(  )    女(  )
出生日期	年 月 日	地    区	香港(  )    澳门(  )
永久性居民 身份证号码		实习时间	自        年    月    日至 年    月    日
实习医院名称			
实习岗位类别	临床(  )    口腔(  )    中医(  )		
实习期间工作 基本情况			
实习期满一年 的考核情况	实习医院法定代表人(负责人) 签字(医院公章) 年    月    日		
备注			