

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	<div>实习医院法定代表人 (负责人)</div> <div>签字 (医院公章)    年    月    日</div>		
备注			