

广州医科大学医院管理处

广医大医管〔2022〕4号

关于印发《台港澳居民参加国家医师资格考试 实习申请流程及要求（2022年版）》的通知

学校相关部处、各附属医院：

为方便我校台港澳居民了解参加国家医师资格考试实习申请流程及要求，根据《关于取得内地医学专业学历的台湾、香港、澳门居民申请参加国家医师资格考试有关问题的通知》《关于香港、澳门永久性居民参加国家医师资格考试的规定》《关于台湾地区居民和获得国外医学学历的中国大陆居民参加医师资格考试有关问题的通知》等有关文件精神，我处制定了《台港澳居民参加国家医师资格考试实习申请流程及要求（2022年版）》，现印发给你们。

广州医科大学医院管理处

2022年8月29日



台港澳居民参加国家医师资格考试 实习申请流程及要求 (2022 年版)

一、申请资格

根据《关于取得内地医学专业学历的台湾、香港、澳门居民申请参加国家医师资格考试有关问题的通知》《关于香港、澳门永久性居民参加国家医师资格考试的规定》《关于台湾地区居民和获得国外医学学历的中国大陆居民参加医师资格考试有关问题的通知》等文件精神以及《医师资格考试报名资格规定(2014 版)》执行,其中 2015 年 1 月 1 日以后入学的学术学位研究生,其研究生学历不作为报考各类别医师资格的学历依据。硕士在读需为专业型硕士。

二、申请材料

(一)永久居民身份证、通行证、本科毕业证、本科学位证复印件。

(二)《广州医科大学台港澳居民参加国家医师资格考试实习申请表》(详见附件 1)。

(三)《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》(俗称“三联单”,详见附件 2)。

(四)《广州医科大学台港澳居民实习申请信息表》(详见附件 3,提供电子版即可)。

三、申请审核流程及要求

(一)申请人在医院管理处网站上下载并填写附件 1-3

个人资料部分，表格内的姓名等要与台港澳通行证一致。

（二）申请人自行联系我校附属医院（包括直属附属医院和非直属附属医院），拟定实习计划（实习时间为当年8月至下一年8月），提出实习申请。

（三）医院相关职能科室审核申请人材料，确认接收后，在附件1加盖医院公章。

（四）申请人于当年8月20日之前将各项申请材料报送至医院管理处，其中附件3电子版需发送至医院管理处邮箱 gyygc@gzhmu.edu.cn，邮件标题请注明“港澳台居民实习申请+姓名”。

（五）请各位申请人确保提供的申请材料真实准确，如发现弄虚作假，取消办理资格。

（六）医院管理处复核申请材料后，向学校申请加盖“广州医科大学”公章，并将申请人材料送广东省医师协会、广东省中医药局等审核。

（七）广东省医师协会、广东省中医药局等审核通过后，申请人按照相关通知要求办理国家医师资格考试报名手续。

- 附件：1. 广州医科大学台港澳居民参加国家医师资格考试实习申请表
2. 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
3. 广州医科大学台港澳居民实习申请信息表

广州医科大学

台港澳居民参加国家医师资格考试

实习申请表

姓 名: _____

居住地区: _____

申请实习
医 院: _____

申请实习
时 间: _____ 至 _____

申请时间: _____

广州医科大学医院管理处制表

姓 名		性别		出生年月	
专 业		学历		毕业时间	
毕业证书编号			学位证书编号		
居住地区医师 资格证书编号			居住地区医师 注册证书编号		
通讯地址、 邮政编码					
联系电话			电子邮箱		
个人学历和 工作简历					
实习计划					
医院意见： 医院（盖章） 年 月 日					
医院管理处审核意见： 医院管理处（盖章） 年 月 日					

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刷/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 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刷/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		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

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刷/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 y.	月 m.	
	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

