

广东省卫生健康委员会 广东省中医药局

粤卫医函〔2024〕21号

广东省卫生健康委 广东省中医药局关于 进一步规范取得内地医学专业学历的 境外人员参加国家医师资格考试前 实习申请工作的通知

中山大学、南方医科大学、华南理工大学、暨南大学、广州中医药大学、汕头大学、广东医科大学、广东药科大学、广州医科大学、佛山大学、嘉应学院医学院、韶关学院，各地级以上市卫生健康局（委）：

根据《卫生部 国家中医药管理局 外交部 公安部关于取得中国医学专业学历的外籍人员申请参加中华人民共和国医师资格考试有关问题的通知》（卫医发〔2001〕248号）、《卫生部 国家中医药管理局 公安部 国务院台办 国务院港澳办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》（卫医发〔2001〕249号）、《关于落

实〈内地与香港关于建立更紧密经贸关系的安排〉和〈内地与澳门关于建立更紧密经贸关系的安排〉中医疗及牙医服务有关问题的通知》（卫医发〔2003〕333号）文件要求，取得中国内地医学专业学历的境外人员如需参加国家医师资格考试，应当在指定机构内不间断完成一年期限的实习。结合我省实际情况，现就进一步规范对上述人员向省卫生健康委、省中医药局提交参加医师资格考试前实习申请相关工作要求。

一、受理申请对象

（一）取得中国政府教育行政部门认可的中国全日制普通医学专业本科及以上学历的外籍人员；

（二）取得国务院教育行政主管部门认可的内地全日制普通医学专业本科及以上学历的台湾居民和香港、澳门永久性居民。

二、实习申请受理条件

（一）所学专业符合中国医师资格考试报名资格规定；

（二）申请实习岗位为临床、口腔或中医；

（三）接受申请的实习机构必须是提供境外人员在中国医学专业学历教育的高等院校三级附属医院（下称“实习医院”）。

三、实习申请提交材料

（一）外籍人员。

1. 经接受实习高等院校签字并加盖公章的《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》（一式三联，附件1）；

2. 申请人护照复印件一式两份；

3. 申请人医学专业学历毕业证及学位证复印件一式两份。

(二) 台湾居民。

1. 经接受实习高等院校签字并加盖公章的《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》(一式三联,附件2);

2. 申请人身份证复印件一式两份;

3. 申请人往来大陆通行证复印件一式两份;

4. 申请人医学专业学历毕业证及学位证复印件一式两份。

(三) 香港、澳门永久性居民。

1. 经接受实习高等院校签字并加盖公章的《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》(附件2);

2. 申请人永久性居民身份证复印件一式两份;

3. 申请人往来大陆通行证复印件一式两份;

4. 申请人医学专业学历毕业证及学位证复印件一式两份。

四、实习申请流程

(一) 境外人员在取得中国内地医学专业学历后,于拟实习当年7月31日前向实习医院提出实习申请,并按照身份类型填写相应的实习申请审核表;

(二) 实习医院核验申请人提交的身份证件、毕业证和学位证原件并审查同意后,向申请者发出接受实习通知,并于当年8月31日前向所在高等院校汇总上报人员名单;

(三) 接受实习申请的高等院校在同意接收实习的人员《实

习申请审核表》上签字并加盖公章，汇总人员名单，按本通知第三点要求整理申请人员相关纸质材料，正式函报医师资格考试广东省考区办公室，申报时间截至提交申请当年**9月30日**，逾期不予受理；

（四）省考区办公室对提交材料进行初审，如申请人需修改材料应于当年**10月20日前**重新提交，初审合格材料于当年**10月30日前**分类别汇总上报，临床、口腔类别报省卫生健康委，中医类别报省中医药局；

（五）省卫生健康委、省中医药局按要求进行审批，审批结束后于当年**11月15日前**返回已备案人员材料到所属高等院校。

五、其他

（一）已参加中国医师资格考试但未能通过的境外人员，如再次申请参加考试，应当按照相关文件要求重新申请实习。

（二）香港、澳门永久性居民实习期满并考核合格后，由实习医疗机构出具《香港、澳门永久性居民参加国家医师资格考试实习合格证明》（下称《合格证明》，附件3），《合格证明》连续两（次）年有效，第二次（年）申请参加内地医师资格考试时凭《合格证明》免予实习申请，第三次（年）申请参加内地医师资格考试需重新按规定申请实习。

联系人：省卫生健康委医政处谢意兰，联系电话：020-83802613；省中医药局医政处，丰艳，020-83828429；医师资格考试广东省考区办公室，黄玥辰、潘宝珊，020-83810256、

83700647，地址：广州市越秀区东风东路 555 号粤海集团大厦
13 楼，邮箱：gdsqbgbs@126.com。

- 附件：1. 外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表
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. 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
4. 境外人员申请医学实习业务流程图



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 Duration: From			
	年 y.			
月至 m.to				
年 y.				
月 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 Middle name First 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		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

附件 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

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:	Family / Last name	First name
	Name:	Middle name	
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex:	出生日期: 年 月 日	
	male [] female []	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	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: 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			

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	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

附件 3

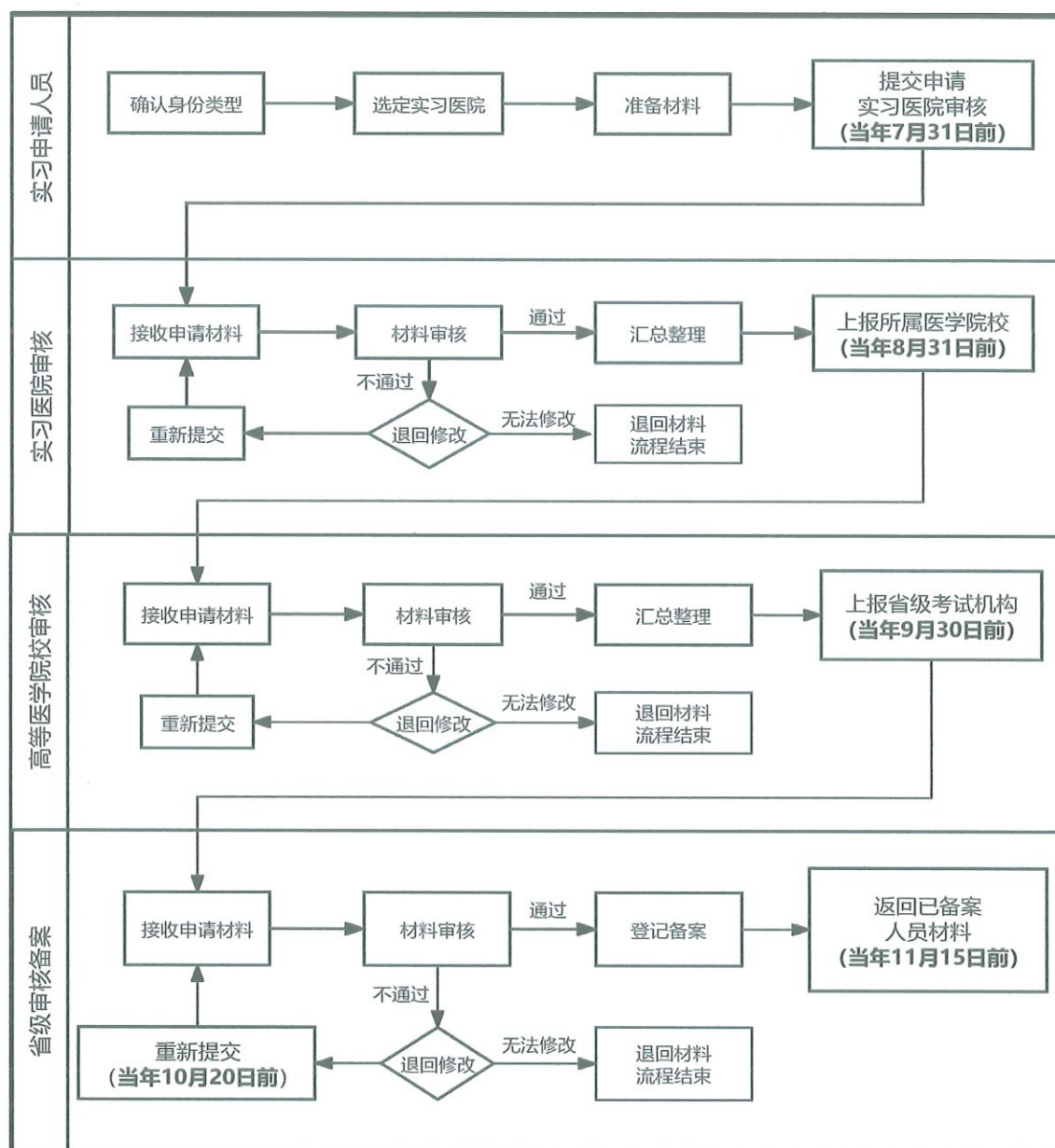
香港/澳门特别行政区永久性居民参加
国家医师资格考试实习合格证明

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 ()		
实习期间工作的 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			

注：本表由实习医院填写

附件 4

境外人员申请医学实习业务流程图



公开方式：主动公开

抄送：省医师协会。

校对：医政处 谢意兰

(共印 10 份)