

国际医学教育财团 奖学生申请表

致 公益财团法人 国际医学教育财团

申请时间 年 月 日

1、姓名 _____ 拼音 _____

2、生年月日 _____ 年 月 日生 性别: 男 · 女

3、住址: _____

4、电话: _____

请贴上1寸彩照

5、学历

学校名	所在地	入学年月日	毕业年月日
-----	-----	-------	-------

① _____

② _____

③ _____

④ _____

⑤ _____

6、高考成绩

考试时间 _____ 年 月 日 得分 _____

7、家庭成员

姓名 _____ 与学生的关系 _____ 职业 _____

姓名 _____ 与学生的关系 _____ 职业 _____

姓名 _____ 与学生的关系 _____ 职业 _____

姓名 _____ 与学生的关系 _____ 职业 _____

姓名 _____ 与学生的关系 _____ 职业 _____

8、口语能力考试 _____ 级 _____ 分 考试年月 _____ 年 _____ 月

_____ 级 _____ 分 考试年月 _____ 年 _____ 月

9、取得资格 _____ 资格名称 _____ 取得年月 _____ 年 _____ 月

_____ 资格名称 _____ 取得年月 _____ 年 _____ 月

10、表彰历

① 表彰内容 _____ 表彰年月 _____ 年 _____ 月

② 表彰内容 _____ 表彰年月 _____ 年 _____ 月

健康诊断证明书

CERTIFICATE OF HEALTH

请接收医师的诊断，并让医院正确填写以下内容。

This form must be completed by a medical physician.

申请者姓名 Name of applicant		性别 Sex	生年月日 Date of birth	年龄 Age														
			(Year) (Month) (Day)															
国籍 Nationality	现住址 Present address																	
身高 Height	内科 Physical examination																	
体重 Weight	检查结果 Findings																	
视力 Vision	裸视 Without glasses	矫正 Corrected																
右Right	_____	()																
左Left	_____	()																
色觉 Color vision																		
听力 Hearing	右Right	左Left																
胸部X线检查 Chest X-ray	检查结果 Findings	感染病症病例 Have you ever had the following diseases?																
		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>年龄 age</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>麻疹 Measles</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>流行性耳下腮炎 Mumps</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>风疹 Rubella</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>水痘 Varicella</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>其他 Others ()</td> </tr> <tr> <td>Yes / N</td> <td>其他 Others ()</td> </tr> </table>				年龄 age	Yes / N	麻疹 Measles	Yes / N	流行性耳下腮炎 Mumps	Yes / N	风疹 Rubella	Yes / N	水痘 Varicella	Yes / N	其他 Others ()	Yes / N	其他 Others ()
	年龄 age																	
Yes / N	麻疹 Measles																	
Yes / N	流行性耳下腮炎 Mumps																	
Yes / N	风疹 Rubella																	
Yes / N	水痘 Varicella																	
Yes / N	其他 Others ()																	
Yes / N	其他 Others ()																	
总体健康状况 General state of physical condition																		
<table border="0"> <tr> <td>优 Excellent</td> <td>良 Good</td> <td>可 Fair</td> <td>不可 Poor</td> </tr> </table>					优 Excellent	良 Good	可 Fair	不可 Poor										
优 Excellent	良 Good	可 Fair	不可 Poor															
诊断日 Date of report																		
_____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)																		
医师署名 Signature of physician _____ (印)																		
医师名 Name (type or print) _____																		
医疗机构及所在地 Name and address of medical facility _____ (印)																		