

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

| | | | | |
|---|--|--------|--------------|---|
| 姓 名 | 尚丽 | 性 别 | 女 |  |
| 出生年月 | 1974年10月13日 | 学历/学位 | 本科/学士学位 | |
| 毕业学校 | 长春职工医科大学 | 专 业 | 妇产科 | |
| 职 称 | 正高级职称 | 联系电话 | 15904360120 | |
| 身份证号码 | 222301197410130025 | | | |
| 从事专业及方向 | 临床专业 | 参加工作时间 | 1994年01月 | |
| 工作单位名称 | 白城中医院 | 单位电话 | 0436-3268034 | |
| 医师级别 | 执业医师 <input checked="" type="checkbox"/> 执业助理医师 <input type="checkbox"/> | | | |
| 执医或执助理证书编码 | 110220800001373 | 学年制 | 24年度西学中培训 | |
| 工作简历 | 年月至年月 | 单位名称 | 从事何种工作 | 职务及职称 |
| | 1994年01月至至今 | 白城中医院 | 妇产科 | 妇产科主任，主任医师 |
| <p style="text-align: center;">本人承诺：保证完成培训任务，同时所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 签名： _____ 年 月 日 </p> | | | | |

所在单位意见：（简要评价申报人的品德、能力等，承诺能够支持申报人按要求完成学习任务）

主要负责人签名：

（公章）

年 月 日