

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