
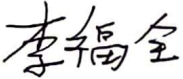


# 白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	李福全	性别	男	
出生年月	1977年07月14日	学历/学位	中专/无学位	
毕业学校	松原卫校	专业	西医内科	
职称	初级职称	联系电话	13596894552	
身份证号码	220721197707142815			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	2000年01月	
工作单位名称	通榆县新发乡卫生院	单位电话	04364698011	
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	210220822000066	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
	2017年10月至至今	通榆县新发乡卫生院	临床医学	医生 初级
	2000年01月至2017年09月	通榆县团结乡团结村李福全诊所	医生	初级
<p>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;">             签名：               2024年 4月17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： 

