

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	潘海辉	性 别	男	
出生年月	1972年04月20日	学历/学位	大专/无学位	
毕业学校	长春医学高等专科学校	专 业	临床	
职 称	正高级职称	联系电话	13843621151	
身份证号码	222326197204201539			
从事专业及方向	临床	参加工作时间	1997年08月	
工作单位名称	镇赉县大屯镇卫生院	单位电话	04367831157	
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	200022110222326720420153	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
	1997年08月至1998年12月	镇赉县大屯镇卫生院	临床医学	医生，医士
	1999年01月至2000年12月	镇赉县大屯镇卫生院	临床医学	医生，医师
	2000年11月至2012年01月	镇赉县大屯镇卫生院	临床医学	副院长，副主任医师
	2012年01月至至今	镇赉县大屯镇卫生院	临床医学	院长，主任医师
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！				
签名：				
年 月 日				

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