

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	郑广成	性 别	男	
出生年月	1979年03月06日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春中医学院	专 业	临床外科	
职 称	中级职称	联系电话	13894645177	
身份证号码	222304197903066016			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	1998年05月	
工作单位名称	大安市乐胜乡古城卫生院	单位电话	04365610009	
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	110220882000165	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
	1998年05月至2010年08月	大安市新平安镇中心卫生院	临床外科	医生初级
	2010年08月至2024年04月	大安市乐胜乡古城卫生院	临床外科	医生中级
<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; margin-top: 20px;"> 签名：郑广成 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）

同意。

主要负责人签名：康金明。

（公章）

2024年 4 月 17 日

