

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	王学伟	性 别	男	
出生年月	1970年12月21日	学历/学位	本科/学士学位	
毕业学校	吉林大学	专 业	临床医学	
职 称	副高级职称	联系电话	13894658088	
身份证号码	222304197012212016			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	1992年08月	
工作单位名称	大安市四棵树乡卫生院	单位电话	04365403074	
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	110220800000500	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
	1992年08月至2015年02月	大安市太山镇静山卫生院	临床医学	院长
	2015年02月至2024年04月	大安市四棵树乡卫生院	临床医学	院长 副主任医师
<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-right: 50px;"> 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：李学强



(公章)

2024年4月17日