

长春中医药大学附属第三临床医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	王林	性 别	男		
出生年月	1993年03月28日	学历/学位	本科/学士学位		
毕业学校	北京航空航天大学	专 业	软件开发		
职 称	无职称	联系电话	18021584536		
身份证号码	220102199303282456				
从事专业及方向	计算机科学与技术	参加工作时间	1994年04月		
工作单位名称	长春市南关区中医院	单位电话	88884444		
医师级别	执业医师 <input type="checkbox"/>		执业助理医师 <input type="checkbox"/>		
执医或执助理证书编码	987654321	学年制	长春中医药大学附属第三临床医院		
工作简历	年月至年月	单位名称	从事何种工作	职务及职称	
	2000年01月至至今	长春市南关区中医院	程序开发	无	
<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