

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	关鹏飞	性 别	男	
出生年月	1970年12月09日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春职工医科大学	专 业	临床	
职 称	副高级职称	联系电话	13843677807	
身份证号码	220881197012091531			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	1991年11月	
工作单位名称	洮南市中医医院	单位电话	6323766	
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	210220800000359	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
	2015年12月至2022年10月	洮南市黑水镇卫生院	管理	院长 副主任医师
	2022年10月至至今	洮南市中医医院	管理	院长 副主任医师
<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>				

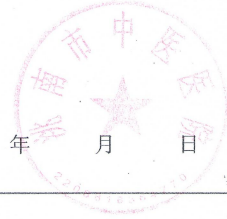
所在单位意见：（简要评价申报人的品德、能力等，承诺能够支持申报人按要求完成学习任务）

同意

主要负责人签名：

陈翔

（公章）



年 月 日