


白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	王莹	性 别	女	
出生年月	1975年02月04日	学历/学位	本科/学士学位	
毕业学校	长春职工医科大学	专 业	彩超	
职 称	正高级职称	联系电话	13766118761	
身份证号码	222301197502040326			
从事专业及方向	临床医学		参加工作时间	1999年09月
工作单位名称	白城中医院		单位电话	3268006
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	110220800000020		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
	1999年09月至至今	白城中医院	体检科	主任、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）

主要负责人签名：

郭峰



2024年11月17日