

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	王丽娜	性别	女	
出生年月	1988年08月11日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春中医药大学	专业	胃肠门诊及内镜科	
职称	初级职称	联系电话	15044070271	
身份证号码	220724198808114243			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	2023年04月	
工作单位名称	洮南市中医医院	单位电话	0436-6322364	
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	210220821000094	学年制	24年度西学中培训	
工作经历	年月至年月	单位名称	从事何种工作	职务及职称
	2023年04月至至今	洮南市中医医院	胃肠门诊及内镜科	执业医师
<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; margin-top: 20px;"> 签名：王丽娜 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： 



（公章）

2024年4月17日