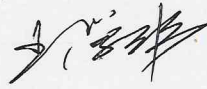


# 白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	王东生	性 别	男	
出生年月	1970年03月13日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春职工医科大学	专 业	西医内科	
职 称	中级职称	联系电话	13894656870	
身份证号码	222304197003135514			
从事专业及方向	临床		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	110220800002344		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
	2013年03月至至今	大安市四棵树乡卫生院	西医内科	副院长 主治医师
	1992年08月至2013年03月	大安市四棵树乡西大洼卫生院	西医内科	职工 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-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： 

（公章）



2024年8月17日