

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	王金华	性 别	女	
出生年月	1975年05月05日	学历/学位	大专/无学位	
毕业学校	延边大学	专 业	口腔医生	
职 称	中级职称	联系电话	13943622077	
身份证号码	220821197505053043			
从事专业及方向	临床口腔	参加工作时间	1995年07月	
工作单位名称	镇赉县大屯镇卫生院	单位电话	04367831157	
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	120220821000031	学年制	24年度西学中培训	
	年月至年月	单位名称	从事何种工作	职务及职称
	2000年07月至今	镇赉县大屯镇卫生院	临床口腔	口腔医生, 主治医师
<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：王金华</p> <p style="text-align: right;">2024年4月17日</p>				
<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）</p> <p style="text-align: center;">主要负责人签名： </p> <div style="text-align: center;">  <p>2024年4月17日</p> </div>				