





# 白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	张晶波	性 别	女	
出生年月	1972年06月28日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春职业医科大学	专 业	临床	
职 称	正高级职称	联系电话	13204460666	
身份证号码	220881197206280728			
从事专业及方向	临床	参加工作时间	1994年09月	
工作单位名称	洮南市医院	单位电话	6225486	
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	110220800000760	学年制	24年度西学中培训	
历工作简	年月至年月	单位名称	从事何种工作	职务及职称
	1994年09月至至今	洮南市人民医院	临床	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>				
<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; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">品德优秀 业务能力强。</p> <p style="text-align: right;">             主要负责人签名：              (公章)               2024年 4月 17 日         </p>				