




白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	孙晶	性别	女	
出生年月	1982年07月23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	妇产科	
职称	正高级职称	联系电话	17304368818	
身份证号码	220802198207231521			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	2003年10月	
工作单位名称	白城市医院	单位电话	3537019	
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	110220800002536	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
	2003年10月至2019年11月	白城市医院	妇产科	副主任/副主任医师
	2019年12月至至今	白城市医院	医教部	副主任/主任医师
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！				
签名：孙晶 2024年4月17日				
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） 该同志工作热情高，人品端正，具有较强业务能力。				
主要负责人签名：			（公章）	
				
2024年4月17日			2024年4月17日	