





白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	姚莹	性 别	女	
出生年月	1977年09月16日	学历/学位	本科/学士学位	
毕业学校	牡丹江医学院	专 业	儿科	
职 称	正高级职称	联系电话	17304369017	
身份证号码	230224197709160324			
从事专业及方向	临床医学		参加工作时间	2000年10月
工作单位名称	白城市医院		单位电话	04363537017
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	110220800002124		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
	2000年10月至至今	白城市医院	儿科临床及生长发育	医教部部长，儿科及儿童生长发育行为门诊主任医师
<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;"> 主要负责人签名： </p> <div style="text-align: center;">  (公章) 2024年 4 月 17 日 </div>				