

# 白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	孙中燕	性别	女	
出生年月	1990年03月02日	学历/学位	大专/无学位	
毕业学校	白城医学高等专科学校	专业	临床专业	
职称	初级职称	联系电话	15834602984	
身份证号码	220822199003024328			
从事专业及方向	临床专业	参加工作时间	2022年01月	
工作单位名称	吉林省通榆县中医院	单位电话	0436693808	
医师级别	执业医师 <input type="checkbox"/>		执业助理医师 <input checked="" type="checkbox"/>	
执医或执助理证书编码	201922210220822199003024328	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
	2022年01月至至今	通榆县中医院	内科	初级
<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：孙中燕              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请求完成学习任务）

主要负责人签名：张伟



（公章）

2024 年 4 月 17 日