

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	邵淑敏	性别	女	
出生年月	1980年12月02日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	延边大学	专业	妇产科	
职称	中级职称	联系电话	15834648347	
身份证号码	220822198012021343			
从事专业及方向	临床	参加工作时间	2001年07月	
工作单位名称	吉林省通榆县永青中心卫生院	单位电话	4250833	
医师级别	执业医师 <input checked="" type="checkbox"/>		执业助理医师 <input type="checkbox"/>	
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	110220822000217	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
	2001年07月至2011年03月	通榆县兴隆山镇长发村卢明刚诊所	临床	医生
	2011年03月至2016年01月	通榆县红十字医院	临床	医生
	2016年01月至2016年02月	通榆五洲医院	临床	医生
	2016年02月至2017年09月	通榆同济堂门诊部	临床	医生
	2017年09月至至今	通榆县开通镇永青中心卫生院	临床	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：邵淑敏 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要求完成学习任务）

该同志学习认真，工作勤恳，能力突出，我单位能够支持该同志按学要求完成学习任务。

主要负责人签名：

刘伟



2024年4月17日