
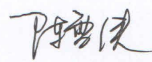


白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	陈雪侠	性 别	女	
出生年月	1971年07月07日	学历/学位	本科/硕士学位	
毕业学校	白求恩医科大学	专 业	神经内科	
职 称	正高级职称	联系电话	13943666453	
身份证号码	222301197107073048			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	1993年08月	
工作单位名称	白城市医院	单位电话	04363537015	
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	110220800001338	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
	1993年08月至至今	白城市医院	神经内科	副院长（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：  2020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）

主要负责人签名：



（公章）



年 2208 月 0001704 日