

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	张庆松	性 别	男	
出生年月	1977年04月24日	学历/学位	本科/学士学位	
毕业学校	长春中医药大学	专 业	临床医学	
职 称	初级职称	联系电话	13504361100	
身份证号码	220881197704246418			
从事专业及方向	临床医学	参加工作时间	2017年09月	
工作单位名称	洮南市医院	单位电话	6369610	
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	210220802000150	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
	2017年09月至2022年02月	洮南市那金镇卫生院	临床	医师
	2022年01月至2024年01月	洮南市大通卫生院	临床	副院长
	2024年01月至2024年04月	洮南市医院	临床	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：张庆松 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）

主要负责人签名：何晓芳



(公章)

2024年4月17日

208811178584