

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	刘兴波	性 别	男	
出生年月	1977年11月15日	学历/学位	中专/无学位	
毕业学校	兴安盟卫生学校	专 业	临床	
职 称	初级职称	联系电话	13634361333	
身份证号码	152223197711152636			
从事专业及方向	临床	参加工作时间	2007年09月	
工作单位名称	白城市洮北区岭下镇中心卫生院	单位电话	13634361333	
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	110220802000185	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2007年09月	岭下镇民望诊所工作	临床医师	医师
	2017年09月至2021年11月	平台镇卫生院	临床医师	医师
	2021年11月至至今	岭下镇中心卫生院	临床医师	副院长职业医师
<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; margin-top: 20px;"> 签名：_____ </p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"> _____ 年 月 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）

主要负责人签名：

（公章）

年 月 日