

白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	李学军	性 别	男	
出生年月	1974年06月22日	学历/学位	大专/无学位	
毕业学校	白求恩医科大学	专 业	临床	
职 称	副高级职称	联系电话	13894657276	
身份证号码	222304197406223439			
从事专业及方向	临床	参加工作时间	1998年08月	
工作单位名称	大安市第二人民医院		单位电话	0436-5567258
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	200222110222304197406223439		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
	1998年08月至2000年10月	大安市第二人民医院	传染病科	医师
	2000年11月至2015年01月	大安市第二人民医院	中医科	主治医师
	2015年02月至至今	大安市第二人民医院	门诊	副主任医师
<p style="text-align: center;">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： _____ 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