


白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓 名	刘伟平	性 别	女	
出生年月	1973年08月05日	学历/学位	本科/无学位	
毕业学校	长春中医药大学	专 业	临床医学	
职 称	副高级职称	联系电话	15114477791	
身份证号码	220881197308051520			
从事专业及方向	临床专业	参加工作时间	1992年08月	
工作单位名称	洮南市万宝镇中心卫生院	单位电话	6646888	
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	110220800002075	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
	1992年08月至至今	洮南市第二人民医院万宝镇中心卫生院	西医临床	副主任医师
<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：刘伟平 2024年X月18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）

品德优秀 业务能力强 积极向上

主要负责人签名：

（公章）
2024年4月18日

