
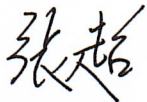


白城中医院培训基地《西学中培训》学员报名表

姓名	张超	性别	男		
出生年月	1977年08月06日	学历/学位	本科/学士学位		
毕业学校	齐齐哈尔医学院	专业	康复医学科		
职称	副高级职称	联系电话	18104460654		
身份证号码	230204197708061214				
从事专业及方向	临床医疗		参加工作时间	2001年07月	
工作单位名称	中国人民解放军32183部队医院		单位电话	18104460654	
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	200584111770806200517		学年制	24年度西学中培训	
工作经历	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2018年10月	解放军521医院	临床	门诊部主任 主治医师	
	2018年10月至至今	解放军32183医院	康复	主任 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： 2024年 4 月 25 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：

董明利

