附件1

**卫健委临床药师培训基地学员申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 原工作单位 |  |
| 申请单位 |  |
| 学科、专业 |  |
| 填表时间 |  |

卫健委临床药师培训基地学员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | | | | | |
| 出生  年月 |  | | | | | 身份  证号 | |  | | | | | |
| 技术  职称 |  | | | | | 行政职务 | |  | | | | | |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | | | 邮编 | | |  | |
| 最后  学历 | 毕业时间 | | | | 毕业院校 | | | | | 专业 | | | 学位 |
|  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | |
| 电子信箱 | |  | | | | | | | | | | | |
| 现从事专业 | |  | | | | | 培训专业 | | | |  | | |
| 掌握何种外语 | |  | | | | | 熟练程度 | | | |  | | |
| 工作简历 | | 起止年月 | | | | | 单 位 | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 主要论文/  科研情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人专业水平 | |  | | | | | | | | | | | |
| 从事临床药学工作经历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 具体专业方向及本人拟进修何种专业 | |  | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 审核意见上级行政部门 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 意见接收部门 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

附件2

卫健委临床药师培训基地招生学员登记表

基地名称： 招生日期：202 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 申报专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | |
| 第一学历、毕业学校 | |  | | | | | | |
| 主要学历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 工作简历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 从事全职临床药师工作实践情况 | |  | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | |  | | | | | | |
| 选送医院意见：      公 章  年 月 日 | | | | | 接收培训基地意见：  公 章  年 月 日 | | | |