中华医学会临床药学分会

益阳市中心医院临床药师学员培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生年月 | |  | 小2寸彩照 |
| 第一学历 |  | 最高学历 |  | | | 职称/职务 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 | | |  | |
| 固定电话 |  | | | 手 机 | | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 微信号 | | |  | | |
| 个人主要学习经历（注明入学与毕业日期、毕业学校、专业、获得学位）： | | | | | | | | | |
| 主要工作经历及受培训情况（注明起止日期，是否从事过临床药学工作）： | | | | | | | | | |
| 临床药师工作简况 | 1.开展临床药学工作简况： | | | | | | | | |
| 2.拟申请培训专业：抗感染专业□ 心血管专业□  若该专业暂无名额，是否同意调剂至其他专业： 是□ 否□ | | | | | | | | |
| 3、是否参加过临床药师相关培训：是□ 否□ （如为是，需附培训证书扫描件） 培训专业： 培训起止时间： | | | | | | | | |
| 我承诺以上填写内容真实，如有弄虚作假，自愿承担后果  本人签名： | | | | | | | | | |
| 选送单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | | 培训基地意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | |

注: 1.凡是回答“是或否”的，请在其后面□内画“√”；

2.此表填好后请直接发送至以下联系邮箱：[1836735015@qq.com](mailto:1836735015@qq.com)；[183656855@qq.com](mailto:183656855@qq.com)。益阳市中心医院“中华医学会临床药师学员培训基地”办公室。地址：益阳市康富北路118号；邮编：413000；联系电话：0737-4203391。