**广东药科大学附属第一医院**

**国家卫健委临床药师培训基地学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | | |  | 职称 | |  | 1寸彩照 | |
| 选送医院 |  | | | | | | | 申请专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮 编 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | 手机电话 | |  | | | |
| 学习经历 | 起止时间 | | | 毕业院校 | | | | | | 专业 | | | 学位 |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
| 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 | | | | | | |