**附件：**

**中华医学会临床药学分会临床药师规范化培训**

**临床药师学员申请表**

省、自治区、直辖市 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

学员姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

工作单位 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请专业 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请培训中心 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 职称/职务 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 医疗机构工作年限 | |  | | 从事临床药学工作年限 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | 手 机 |  | |
| 个人主要学历情况（注明毕业学校、专业、入学与毕业日期、获得学位）： | | | | | | |
| 主要工作经历（注明起止日期）： | | | | | | |
| 临床药学工作及进修培训（2月以上）经历： | | | | | | |
| 个人专业水平（含发表论文及科研）： | | | | | | |
| 选送单位意见：  （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 接收单位意见：  （盖章） 年 月 日 | | | | | | |