**附件：**

**中华医学会临床药学分会临床药师培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 |  | | 近期一寸免冠照片 |
| 出生年月 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 职 称 |  | | 职 务 | |  | | | |
| 通讯地址 | 邮编 | | | | | | | |
| 第一学历/最高学历 | 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 | | | | | | | |
| 接收培训基地意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |