附件1：《中华医学会临床药学分会临床药师规范化培训中心学员报名表》

中华医学会临床药学分会临床药师规范化培训中心学员报名表

培训中心名称：晋城市人民医院 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | 职称 |  | | 2寸彩照 | |
| 选送医院 |  | | | | | 报名时间 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | 联系电话 |  | | | |
| 拟报医院 |  | | 拟报专业 | |  | | 备选医院 |  | | 备选专业 | |  |
| 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) | |  | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见：  公 章  年 月 日 | | | | | | | 学员培训中心意见：  公 章  年 月 日 | | | | | |

备注：本表一式二份，省临床药师规范化培训管理办公室及临床药师学员培训中心各留档一份。