附件4

带教临床医师申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机 |  |
| 个人主要学历情况： |
| 主要工作经历（注明起止日期）： |
| 拟申请带教专业; |
| 是否从事过临床药师带教工作：否□，是□ |