**2024年中华医学会临床药学分会陕西省**

**临床药师师资培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | | 职 称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 申报专业 |  | | | |
| 通信地址 |  | | | | 邮 编 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | | |
| 第一学历、毕业学校 | |  | | | | | | | |
| 最后学历、毕业院校 | |  | | | | | | | |
| 临床药师岗位培训 | | 培训时间：  培训专业： | | | | 培训基地医院：  培训证书号： | | | |
| 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 | | | | | | | | | |