附件：

**2025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 |