**附件 阜外华中心血管病医院临床药师培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 彩色证件照 |
| 第一学历/最高学历 | | |  | | 职称/职务 |  |
| 工作单位 | |  | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 | |  | | | 联系电话 |  |
| 主要学习经历（注明入学与毕业日期、毕业学校、专业、获得学位）： | | | | | | | |
| 主要工作经历（注明起止日期）： | | | | | | | |
| 临床  药师  工作  简况 | 1.开展临床药学工作简况： | | | | | | |
| 2.拟申请培训专业：  若该专业暂无名额，是否愿意调剂至其他专业 否□ 是□ | | | | | | |
| 3.是否参加过临床药师相关培训：否□ 是□（如为是，需附培训证书扫描件）  培训专业： 培训起止时间： | | | | | | |
| 选送单位意见：  单位盖章 年 月 日 | | | | | | | |
| **我承诺以上填写内容真实，如有弄虚作假，自愿承担后果。**  本人签名： | | | | | | | |