**广东省妇幼保健院**

**中华医学会临床药师学员培训申请表**

* 申请人姓名
* 申请单位
* 学科、专业
* 填表时间

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 单位通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 最后学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
| 联系电话 |  |
| 电子信箱 |  |
| 现从事专业 |  | 培训专业 |  |
| 掌握何种外语 |  | 熟练程度 |  |
| 工作简历 | 起止时间 | 单 位 |
|  |  |
| 主要论文/科研情况 |  |
| 本人专业水平 |  |
| 从事临床药学工作经历 |  |
| 具体专业方向及本人拟进修何种专业 |  |
| 选送科室意见 |  同意 （盖章） 年 月 日 |
| 选送医院意见 | 同意 （盖章） 年 月 日 |
| 接受部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |