**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 | | | | | | | | | | |