**中华医学会临床药学分会临床药师培训学员申请表**

**培训中心名称：广东省第二人民医院 招生时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 1寸彩照  一定要有  纸质版粘贴相片  电子文档贴扫描件 |
| 选送医院 |  | | | 申报专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | | |
| 第一学历  毕业学校 |  | | | | | | | |
| 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） |  | | | | | | | |
| 选送医院意见：  公章  年 月 日 | | | | | 接收培训中心意见：  公章  年 月 日 | | | |