**宜宾市第一人民医院**

**中华医学会临床药师培训中心学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出 生年 月 |  | | 职称 |  | 1寸照片 |
| 身份证号 |  | | | 选 送医 院 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 联 系电 话 |  | | | |
| 申报专业 |  | | | 是否服从调配 | |  | | | |
| 主要学历（从第一学历开始，包括起至年月，毕业学校、专业、学位等） | |  | | | | | | | |
| 工作简历（起至年月） | |  | | | | | | | |
| 从事专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 | | | | | 培训中心意见：  公 章  年 月 日 | | | | |

备注：学员可先将电子版发送给培训中心联系人，报到时交盖鲜章后的纸质版。