中华医学会临床药师培训中心招生学员登记表

培训中心名称： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 贴照片处 |
| 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 | | | | | 接收培训基地意见：  公章  年月日 | | | |