中华医学会临床药学分会

邵阳学院附属第一医院临床药师学员培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生年月 | |  | 小2寸彩照 |
| 第一学历 |  | 最高学历 |  | | | 职称/职务 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 | | |  | |
| 固定电话 |  | | | 手 机 | | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 微信号 | | |  | | |
| 个人主要学习经历（注明入学与毕业日期、毕业学校、专业、获得学位）： | | | | | | | | | |
| 主要工作经历及受培训情况（注明起止日期，是否从事过临床药学工作）： | | | | | | | | | |
| 临床药师工作简况 | 1.开展临床药学工作简况： | | | | | | | | |
| 2.拟申请培训专业：肾病专业□ 神经内科专业□ 肿瘤□  若该专业暂无名额，是否同意调剂至其他专业： 是□ 否□ | | | | | | | | |
| 3、是否参加过临床药师相关培训：是□ 否□ （如为是，需附培训证书扫描件） 培训专业： 培训起止时间： | | | | | | | | |
| 我承诺以上填写内容真实，如有弄虚作假，自愿承担后果  本人签名： | | | | | | | | | |
| 选送单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | | 培训基地意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | |

注: 1.凡是回答“是或否”的，请在其后面□内画“√”；

2.此表填好后请直接发送至以下联系邮箱：syfylcyxpx@163.com

邵阳学院附属第一医院行政办公楼3楼311办公室。地址：邵阳市双清区通衡街39号邵阳学院附属第一医院；邮编：422000；联系电话：0739-5029139，阳 巍18273966602（微信同号）。