卫健委临床药师培训基地学员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 原工作单位 |  |
| 申请单位 |  |
| 学科、专业 |  |
| 填表时间 |  |

 卫健委临床药师培训基地学员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | | | 1寸  证件照 | |
| 身份  证号 |  | | | | | 出生  年月 | |  | | |
| 技术  职称 |  | | | | | 行政  职务 | |  | | |
| 单位通讯地址  （含省、市） |  | | | | | | | 邮编 | | |  | |
| 第一  学历（全日制） | 毕业时间 | | | | 毕业院校 | | | | 专业 | | | 学位 |
| --- | | | |  | | | |  | | |  |
| 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 | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学习经历 | 起止年月 | 毕业学校(专业、学位) |
|  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位、工作岗位 |
|  |  |
| 近五年  主要论文/  科研情况 |  | |
| 本人专业水平 |  | |
| 从事全职临床药师工作实践情况  （限200字） |  | |
| 具体专业方向及本人拟进修何种专业 |  | |
| 选送单位意见 | （盖章）      年    月    日 | |
| 审核意见上级行政部门 | （盖章）      年    月    日 | |
| 意见接收部门 | （盖章）      年    月    日 | |