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 |