附表

东营市人民医院（山东省立医院集团东营医院）临床药师学员

培训中心报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸彩照 |
| 第一学历/最高学历 |  | 职称/职务 |  |
| 工作单位 |  | 岗位科室 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 申请培训专业：是否服从调剂：是□否□ |
| 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（注明起止日期）： |
| 临床药师工作简况 | 1.开展临床药学工作简况： |
| 2.是否参加过临床药师相关培训：否□是□（如是，需附培训证书扫描件）培训专业：培训起止时间： |
| 选送单位意见： 单位盖章 年 月 日 |
| **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： |