

国家卫健委临床药师培训基地学员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 | |  | 出生年月 |  |
| 技术职称 |  | 第一学历 | |  | | | | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 通讯地址 | 邮 编 | | | | | | | | |
| 联系方式 | 电 话 |  | | | | Email | | | |
| 拟申请专业 |  | | | | | | | | |
| 本  科  以  上  学  历 | 1、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 | | | | | | | | |
| 2、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 | | | | | | | | |
| 3、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 | | | | | | | | |
| 专业工作经历： | | | | | | | | | |
| 近5年接受专业培训情况： | | | | | | | | | |
| 论文、著作、科研情况： | | | | | | | | | |
| 单位意见：    （单位盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |