附件1

**中华医学会临床药学分会临床药师培训学员申请表**

**培训中心名称：广州医科大学附属番禺中心医院 招生时间：2024年10月**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 1寸彩照纸质版需粘贴相片电子文档可插入电子照片 |
| 选送医院 |  | 申报专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机电话 |  |
| 第一学历毕业学校 |  |
| 主要学历（起至年月） |  |
| 工作简历（起至年月） |  |
| 从事全职临床药师工作实践情况 |  |
| 近五年发表论文、著作（卷名/期刊号/页码） |  |
| 选送医院意见：公章年 月 日 | 接收培训中心意见：公章年 月 日 |