**临床药师培训基地学员招生登记表**

基地名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 职称 |  |  请务必粘贴电子版照片 |
| 身份证号 |  |
| 选送医院 |  | 申报专业 |  |
| 通讯地址 |  | 第一学历 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机、电话 |  |
| 学习经历（请从大学本科或专科开始填起，一直至最高学历；包括起止时间、毕业学校、专业、学位） |  |
| 工作简历（包括起止年月、工作单位、工作岗位） |  |
| 从事全职临床药师工作实践情况 |  |
| 近五年发表论文、著作(论文名称、作者、期刊名称、期刊号、卷名、页码) |  |
| 选送医院意见：   公 章年 月 日 | 接收培训基地意见：公 章年 月 日 |