附件：

中华医学会临床药学分会临床药师培训学员申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   |  |
| 出生年月 |   | 民族 |   |
| 技术职称 |  |
| 单位通讯地址 |  | 邮编 |   |
| 最后学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 掌握何种外语 |  | 熟练程度 |  |
| 学习经历**（具体各阶段专业、年月、学位）** |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 单 位 |
|  |  |
| 主要论文/科研情况 |  |
| 本人专业水平 |  |
| 从事临床药学工作经历 |  |
| 选送单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 意见接收部门 |   （盖章） 年 月 日 |