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： | | | | | | | |