附件

**河南省肿瘤医院临床药师培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 彩色证件照 |
| 第一学历/最高学历 |  | 职称/职务 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 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.拟申请培训专业： 若该专业暂无名额，是否愿意调剂至其他专业 否□ 是□ |
| 3.是否参加过临床药师相关培训：否□ 是□（如为是，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： |