**中日友好医院临床药师培训学员申请表**

**(2019-12)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 |  | | 年龄 | |  | 照片可打印 | |
| ***身份证号*** | |  | | | | ***职称*** |  | | 职务 | |  |
| ***进修首选专业*** | | * 基地   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业  □ 进修 | | | | 进修  时长 | | □ 半年 □ 一年  □ 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ***是否服从调剂*** | | * 是 □ 否 | | | | 进修备选专业  （***按备选顺序填写***） | | | | |  | | |
| ***单位名称*** | |  | | | | | | | 单位等级 | | |  | |
| 开放床位数 | | |  | |
| ***邮寄详细地址*** | | \*\*省\*\*市\*\*区\*\*单位\*\*科室\*\*人 | | | | | | | ***邮编*** | | |  | |
| 个人电话 | |  | | | | | | | Email | | |  | |
| 科主任姓名、电话 | | |  | | | | | | Email | | |  | |
| 现有临床药师人数 | | |  | | 已开展的临床药学专业 | | | | |  | | | |
| ***学历*** | 起止时间 | | | 毕业学校 | | | | | | 专业 | | | 学位 |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | |  |
| 主要工作  经历 |  | | | | | | | | | | | | |
| ***临床药学工作经历（从事的具体工作内容、年限及所在临床科室）*** |  | | | | | | | | | | | | |
| 进修目的与要求 |  | | | | | | | | | | | | |
| ***进修后短期内岗位安排和工作计划*** |  | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | 同意我单位\*\*\*申请参加中日友好医院\*\*\*专业的临床药师培训  （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 接受单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

**注：表格中斜体加粗项目必须详细填写不得遗漏**