**中日友好医院临床药师培训学员申请表**

**(2021-06版)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | 从全日制本科起 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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**