附件1

**中华医学会临床药学分会山东省临床药师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | | 一寸照片 |
| 身份证号 |  | | 出生年月 |  | | | |
| 技术职称 |  | | 行政职务 |  | | | |
| 单位通讯地址 |  | | 邮编 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 现从事专业 |  | | | 培训专业 | | |  | |
| 掌握何种外语 |  | | | 熟练程度 | | |  | |
| 学历 | 起止时间 | | 毕业院校 | | 专业 | | | 学位 |
| 第一学历 |  | |  | |  | | |  |
| 最高学历 |  | |  | |  | | |  |
| 工作简历 | 起止年月 | | 单位 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 从事临床药学  工作经历 |  | | | | | | | |
| 主要论文/  科研情况 |  | | | | | | | |
| 拟申请培训单位 |  | | 若该培训单位暂无名额，是否愿意调剂至其他单位  否□ 是□ | | | | | |
| 拟申请培训专业 |  | | 若该培训中心暂无名额，是否愿意调剂至其他中心  否□ 是□ | | | | | |
| 选送单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 接收单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |