卫健委临床药师培训基地学员招生登记表

基地名称：**武汉市第一医院** 日期：20 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | 申报专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机、电话 |  |
| 第一学历、专业、毕业学校 |  |
| 主要学历（起至年月） |  |
| 工作简历（起至年月） |  |
| 从事全职临床药师工作实践情况 |  |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) |  |
| 选送医院意见：   公 章年 月 日 | 接收培训基地意见：公 章年 月 日 |