**中日友好医院临床药师培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |  |
| 身份证号 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 进修首选专业 |  | 进修时长 | □ 半年 □ 一年□ 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 是否服从调剂 | * 是 □ 否
 | 进修备选专业 |  |
| 单位名称 |  | 单位等级 |  |
| 开放床位数 |  |
| 邮寄地址（邮编） |  |
| 个人电话 |  | Email |  |
| 科主任姓名、电话 |  | Emai |  |
| 现有临床药师人数 |  | 已开展的临床药学专业 |  |
| 最高学历 | 毕业时间 | 毕业学校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
| 主要简历（大学及工作经历） |  |
| 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 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接受单位意见 | （盖章） 年 月 日 |