**附表**

**山东大学齐鲁医院临床药师师资培训中心学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | | 2寸照片  （加盖医院公章） |
| 第一学历/  最高学历 |  | | | 职称/职务 |  | |
| 工作单位 |  | | | 岗位科室 |  | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 联系电话 |  | |
| 主要学习经历（注明入学与毕业日期、毕业学校、专业、获得学位）： | | | | | | | |
| 主要工作经历（注明起止日期）： | | | | | | | |
| 从事全职  临床药师  工作实践  情况 |  | | | | | | |
| 参加临床药师专科培训情况 | 培训起止时间：  年 月— 年 月 | | | 培训基地名称 | |  | |
| 培训证书编号： | | | 培训专业 | |  | |
| 主要论文/  科研情况 |  | | | | | | |
| 选送单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| **我承诺以上填写内容真实，如有弄虚作假，自愿承担后果。**  本人签名： | | | | | | | |