**中华医学会临床药学分会**

**临床药师学员培训中心学员登记表**

**学员培训中心名称：珠海市人民医院 招生年度： 年**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** | |  | | 2寸彩照 |
| **职称** |  | | **学历** |  | | | |
| **选送医院** |  | | | **申报专业** | |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | **邮编** |  |
| **电子邮箱** |  | | | **联系电话** | |  | |
| **第一学历、毕业学校** | |  | | | | | | |
| **主要学习经历（起至年月）：** | | | | | | | | |
| **主要工作经历（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** | | | | | **接收培训中心意见：**  **公章**  **年 月 日** | | | |