附件二

**卫生部临床药师培训基地学员招生登记表**

**基地名称：重庆大学附属肿瘤医院 招生日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 职称 |  |  |
| 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、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 |

**注：本表由培训基地存档，不做上报。**