附件2

**国家卫生健康委临床药师培训基地学员登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 技术职称 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  |
| Email |  |
| 本科以上学历 |  |
|  |
|  |
| 专业工作经历（请重点填写参与临床药物治疗工作经历）：  |
| 近五年接受专业培训情况： |
| 论文、著作、科研情况： |
| 单位意见：年 月 日  |