**中华医学会临床药学分会临床药师规范化培训**

**师资报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |  |
| **第一学历/最高学历** | |  | | **职称/职务** |  |
| **工作单位** |  | | | **工作年限** |  |
| **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）** | | | | | | |
| **临床药师工作简况** | **1.开展临床药学工作简况** | | | | | |
| **2.参加过临床药师相关培训：（请附培训证书扫描件）** | | | | | |
| **选送单位意见**  **单位盖章 年 月** | | | | | | |
| **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：** | | | | | | |