**附件1：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **招生单位** | **招生联络老师及电话** | **招生专业** | **招生人数** |
| 武汉协和医院 | 周轶 027-85726866 | 心血管专业 | 3 |
| 内分泌代谢专业 | 3 |
| 呼吸内科专业 | 3 |
| 肠外肠内营养专业 | 6 |
| 抗感染专业 | 4 |
| 疼痛专业 | 3 |
| 儿科专业 | 3 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 抗凝专业 | 1 |
| 武汉同济医院 | 曾露027-83663234 | 抗凝专业 | 3 |
| 消化内科专业 | 2 |
| 内分泌代谢专业 | 2 |
| 器官移植专业 | 2 |
| 妇产专业 | 2 |
| 武汉大学人民医院 | 郭咸希 027-88041911-88381 | 抗感染专业 | 3 |
| 器官移植专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 抗凝专业 | 2 |
| 神经内科专业 | 2 |
| 肾病专业 | 2 |
| 消化内科专业 | 2 |
| 武汉大学中南医院 | 杨坤 027-67812902 | 肿瘤专业 | 3 |
| 湖北省肿瘤医院 | 李 娟 027-87670042 | 肿瘤专业 | 4 |
| 武汉市第四医院 | 郭志磊 027-68831649、027-83930323 | 心血管专业 | 2 |
| 疼痛专业 | 2 |
| 武汉市中心医院 | 姜茜 027-65699891 | 抗感染专业 | 2 |
| 心血管专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 1 |
| 荆州市中心医院 | 熊建群 0716-8491935 | 抗感染专业 | 2 |
| 内分泌代谢专业 | 2 |
| 神经内科专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 抗凝专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 荆州市第一人民医院 | 王仙 0716-8112790 | 内分泌代谢专业 | 1 |
| ICU专业 | 1 |
| 神经内科专业 | 1 |
| 十堰市太和医院 | 梁俊0719-8801157 | 抗感染专业 | 1 |
| 肾病专业 | 1 |
| 呼吸内科专业 | 1 |
| 十堰市人民医院 | 袁鑫 0719-8637253 | 疼痛专业 | 1 |
| 儿科专业 | 1 |
| 咸宁市中心医院 | 陈涛0715-8896151 | 抗感染专业 | 1 |
| 儿科专业 | 1 |
| 肿瘤专业 | 1 |
| 宜昌市中心人民医院 | 王耀华 0717-6221372 | 肿瘤专业 | 4 |
| 心血管专业 | 2 |
| 内分泌代谢专业 | 2 |
| 襄阳市第一人民医院 | 周龙洋 0710-3420315 | 呼吸内科专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 中国人民解放军中部战区总医院 | 宋智瑞027-50772992 | 器官移植专业 | 1 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 抗感染专业 | 2 |
| 消化内科专业 | 2 |
| 湖北省第三人民医院 | 夏 飞027-83745710 | 内分泌代谢专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 抗感染专业 | 2 |
| 孝感市中心医院 | 闻 超0712-2837890 | 抗感染专业 | 2 |
| 心血管专业 | 2 |
| 湖北省中西医结合医院 | 杨颖达027-85615802 | 肾病专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 武汉市精神卫生中心 | 付永莉027-82281670 | 精神专业 | 8 |
| 随州市中心医院 | 乾 越0722-3252628 | 抗感染专业 | 4 |
| 内分泌代谢专业 | 2 |
| 恩施州中心医院 | 张晶0718-8295169 | 抗感染专业 | 2 |
| 消化内科专业 | 2 |

**附件2：**

**中华医学会临床药学分会**

**临床药师规范化培训学员培训中心（湖北地区）学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 拟报医院 | |  | | |
| 拟报专业 |  | | | 考试科目 | | 综合技能+ | | |
| 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 | | | | | 学员培训中心意见：  公章  年月日 | | | | |

备注：本表一式二份，省临床药学分会培训管理办公室及学员培训中心各留档一份。