附件：

**中华医学会临床药学分会**

**临床药师规范化培训中心学员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 职称 |  | 小2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 拟报医院 | |  | | |
| 拟报专业 |  | | | | | | | |
| 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，省临床药师规范化培训管理办公室及临床药师学员培训中心各留档一份。