**卫计委临床药师培训基地学员招生登记表**

**基地名称：皖南医学院弋矶山医院            招生日期： 年  月   日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 职称 |   | 2寸彩照 |
| 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 |