附件1：

**国家卫健委临床药师培训基地学员申请表**

**基地名称：合肥市第一人民医院                招生日期：    年   月   日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** | |  | | **出生年月** |  | **职称** |  | 照片 |
| **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、专业、毕业学校** | | |  | | | | | | | |
| **主要学历/学位、专业**  **（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)** | | |  | | | | | | | |
| **药学部/药剂科对申请人的评价及意见**  （是否同意参加培训及能否保证学员结业后作为专职临床药师开展工作） | | | **科主任（签名）：                             年     月     日**  **联系电话：       电子邮箱：**  （特别提醒：请确保学员结业后作为专职临床药师开展工作，我们将对结业学员进行追踪调查。） | | | | | | | |
| **选送医院意见** | | | **公 章                     年     月     日**  **主管领导（签名）：                联系电话：** | | | | | | | |
| **接收培训基地意见** | | | 公 章                      年     月     日 | | | | | | | |

**注：照片请加盖单位公章**