附件1

临床药师培训基地招生学员登记表

基地名称： 招生日期：202 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | 医院等级 |  | 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  （学历、专业、学校、起至年月） | |  | | | | | | |
| 工作简历（包括工作岗位、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 | | | |

**附件2 医药卫生人员进修申请表**

**选修专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**姓 名­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选送单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**地 址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**邮政编码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**单位电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联系电话**

**（手机）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**南京医科大学第二附属医院**

**填写日期 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生  日期 | |  | 一寸照片 |
| 民族 |  | 医院  等级 | | |  | 学历 | |  |
| 职称 |  | 参加工  作时间 | | |  | 从事专业年限 | |  |
| 进修专业 |  | | 拟定 进修日期 | | | |  | |
| 执业地点 |  | | | | | 执业  范围 | |  | |
| 单位名称 (省市县） |  | | | | | 执业证  书编码 | |  | |
| 详细通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 毕业学校及主要工作经历 |  | | | | | | | | |
| 申请人 业务能力 情况 |  | | | | | | | | |
| 申请进修 主要内容 及要求 |  | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | 负责人签字  单位公章  　 年 月 日 | | | | | | | | |