附件2

**国家临床药师培训基地招生学员登记表**

**基地名称： 招生日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期\* |  | 职称 |  |  |
| 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 |  |
| 药学部主任 |  | 主任电话 |  | 主任邮箱 |  |
| 主要学历（起讫年月）、专业、毕业学校 | 入学日期\* | 毕业日期\* | 毕业学校 | 所学专业 | 学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作简历（起讫年月） | 开始日期\* | 结束日期\* | 工作单位 | 工作岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 从事全职临床药师工作实践情况**(限200字)** |  |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | 论文题目 | 作者 | 期刊名称 | 期刊号（ISSN） | 卷号 | 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 |

注\*：所有日期格式均为：年-月-日，如：2015-05-01

（表格填写完后请调整整齐，空格请删除，备注也请删除）