附件1：

卫计委临床药师培训基地学员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 技术职称 |  | 第一学历 |  | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  邮 编： |
| 联系方式 | 电 话 |  | Email |
| 拟申请专业 |  |
| 学历 | 1、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 |
| 2、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 |
| 3、 年 月- 年 月 毕业于 学校 专业 |
| 专业工作经历：  |
| 近5年接受专业培训情况： |
| 论文、著作、科研情况： |
| 选送单位意见：  （单位盖章） 年 月 日 |