附件

**北京地区长期专职从事临床药学实践工作的药师集中培训考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 专业技术职称 |  | 行政职务 |  | | |
| 第一学历  (全日制) | 毕业时间 | 毕业院校 | 专 业 | 学 位 | |
|  |  |  |  | |
| 最终学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专 业 | 学 位 | |
|  |  |  |  | |
| 联系电话（手机） |  | 电子信箱 |  | | |
| 现从事专业 |  | 从事临床药学实践年限 |  | | |
| 从事临床药学工作情况 | 起止年月 | 单 位 | 临床科室/专业 | 主要工作内容 | |
|  |  |  |  | |
| 从事临床药学实践期间相关论文/科研情况 |  | | | | |
| 选送科室  意 见\* | 科主任签字: 年 月 日 | | | | |
| 选送单位  意 见\* | （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 上 级  审核意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |

备 注：选送单位应根据《北京地区长期专职从事临床药学实践工作的药师进行集中培训考核方案》审核报名表的真实性，审核通过后在选送科室/单位意见一栏中注明“XX同志经审核符合《北京地区长期专职从事临床药学实践工作的药师进行集中培训考核》要求，同意申请。"选送单位盖医院公章。