附件1

**卫健委临床药师培训基地招生学员登记表**

**基地名称：山西省肿瘤医院 招生日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 电子照片 |
| 选送医院 |  | | | | 申报专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | 手机电话 |  | | |
| 毕业学校 | | |  | | | | | | |
| 主要学历（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) | | |  | | | | | | |
| 选送医院意见：  公 章  年 月 日 | | | | | | 接收培训基地意见：  公 章  年 月 日 | | | |