附件1：

**卫健委临床药师培训基地学员申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 原工作单位 |  |
| 申请单位 |  |
| 学科、专业 |  |
| 填表时间 |  |

**卫健委临床药师培训基地学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | | | | | |
| 出生  年月 |  | | | | | 身份  证号 | |  | | | | | |
| 技术  职称 |  | | | | | 行政职务 | |  | | | | | |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | | | 邮编 | | |  | |
| 第一  学历 | 毕业时间 | | | | 毕业院校 | | | | | 专业 | | | 学位 |
|  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 最后  学历 | 毕业时间 | | | | 毕业院校 | | | | | 专业 | | | 学位 |
|  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | |
| 电子信箱 | |  | | | | | | | | | | | |
| 现从事专业 | |  | | | | | 培训专业 | | | |  | | |
| 掌握何种外语 | |  | | | | | 熟练程度 | | | |  | | |
| 工作简历 | | 起止年月 | | | | | 单 位 | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 主要论文/  科研情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人专业水平 | |  | | | | | | | | | | | |
| 从事临床药学工作经历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 具体专业方向及本人拟进修何种专业 | |  | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 意见接收部门 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**附件2**

**临床药师（带教临床药师）登记表**

√临床药师□带教临床药师

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 请务必粘贴电子版照片 |
| 第一学历 | |  | 学 位 |  | 职称/职务 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | 邮 编 |  |
| 固定电话 | |  | | | | 手 机 |  |
| 电子邮箱 | |  | | | | | | |
| 个人主要学历情况（注明毕业学校与日期）: | | | | | | | | |
| 主要工作经历（注明起止日期）: | | | | | | | | |
| 临床  药师  工作  简况 | 1. 你是否参加过卫生部临床药师一年的脱产岗位专业培训： □是 □否  培训基地名称： 培训专业：  培训起止时间： 证 书 号： | | | | | | | |
| 2. 你是否参加过卫生部临床药师师资培训： □是 □否  培训基地名称：  培训起止时间： 证 书 号： | | | | | | | |
| 3. 你担任专职临床药师工作是从哪年开始的： | | | | | | | |
| 4. 你参加临床药物治疗工作的主要方式和内容有： | | | | | | | |
| 5. 你目前在哪个临床专科参与药物治疗工作： | | | | | | | |
| 6.你专职从事临床药师工作情况： | | | | | | | |
| 7.你在药学部还承担哪些工作： | | | | | | | |
| 8.你在参与临床药物治疗工作中还有哪些需要介绍的简况： | | | | | | | |

注：凡是回答“是”的请在□画“**√**”

卫健委**临床药师培训基地学员招生登记表**

基地名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 请务必粘贴电子版照片 |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 选送医院 |  | | | 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、毕业时间 | |  | | | | | | |
| 最高学历、专业、毕业学校、毕业时间 | |  | | | | | | |
| 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 | | | |