**中华医学会临床药学分会  
临床药师规范化培训中心（内蒙古自治区）学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸照片 |
| 选送医院 |  | | | 拟报医院 |  | | |
| 拟报专业 |  | | | 考试科目 | 综合技能+ | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 第一学历、  毕业学校 |  | | | | | | | |
| 主要学历 (起止年月） |  | | | | | | | |
| 工作简历 （起止年月） |  | | | | | | | |
| 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 | | | | 学员培训中心意见：  公 章   年 月 日 | | | | |

备注：本表由临床药师规范化学员培训中心留档。