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 |