附件2：

**广东省药学会医院药师处方审核能力培训班学员申请表**

 填表日期： 2020年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 专业职称 |  | 大一寸彩照 |
| 身份证 |  | 工作年限 |  | 政治面貌 |  |
| 手机电话 |  | 邮箱 |  |
| 选送单位 |  | 单位所在城市 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系方式 |  |
| 医院级别 | A.三级医院 B.二级医院 C.其他 | 本人之前是否报过名 |  |
| 现岗位 | A.门诊药房 B.住院药房 C.静脉配置 D.药库 E.审方药师 F.其他 |
| 学历、学校、专业 |  |
| 工作简历（起至年月） |  |
| 从事处方审核工作实践情况 |  |
| 已发表的论文、著作及科研情况 |  |
| 选送单位（医院）意见：签名（盖章）：年 月 日 | 培训班录取意见：签名（盖章）：广东省药学会年 月 日 |