附件：

**广东省疼痛药学服务能力培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | （证件照） |
| 手机 |  | E-mail |  |
| 现工作岗位 | A.门诊药房 B.住院药房 C.静脉配置 D.药库 E.审方药师 F.临床药师 G.其它 |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 选送单位 |  |
| 医院级别 | A.三级医院 B.二级医院 C.其他 |
| 工作简历（起止年月） |  |
| 已发表的论文及科研情况 |  |
| 选送单位（医院）意见：签名（盖章）： 年 月 日 | 培训班录取意见：盖章：广东省药学会 年 月 日 |