附件：

**最美药师候选人资料登记表**

**代表地区： 市**

**参加级别：□医院药师-初、中级组 □医院药师-高级组**

**□基层医院药师组 □药店药师组**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | | 专业 | |  |
| 联系手机 |  | 职称 |  | | 工作岗位 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | 任职年限 | |  |
| 单位全称 |  | | | | 单位性质 | |  |
| 地址邮编 |  | | | | 单位级别 | |  |
| 简要简历 |  | | | | | | |
| 主要工作业绩简述 | （可扩充、附页或材料） | | | | | | |
| 推荐机构意见 | 推荐机构（盖章） | | | | | | |
| 推荐机构经办人 |  | | | 联系电话 | |  | |