附件：

**广东省紧密型县域医共体（医疗集团）**

**总药师高级研修班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 | |  | 性别 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | 职称 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | | | 单位电话 |  |
| 医共体名称 |  | | | 是否为第一批试验区医共体 | | 🞏是 🞏否 |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 手机号码 |  | | E-mail | |  | |
| 是否已  聘为总药师 | 🞏是 🞏否 | | 总药师结业证书 | | 🞏有 🞏无 | |
| 主  要  工  作  经  历 |  | | | | | |
| 学  术  成  就 |  | | | | | |
| 跟  班  学  习  意  向 | 跟班学习的意向医院1：  希望在该医院学习的内容：  跟班学习的意向医院2：  希望在该医院学习的内容： | | | | | |
| 专  家  现  场  督  导  意  向 | 希望至现场督导的专家：  希望至现场督导的内容： | | | | | |
| 单  位  意  见 | 签名（盖章）    年 月 日 | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | |

注：1.请认真填写跟班学习的意向医院、学习内容和希望专家现场督导的内容，将依据此内容为学员选择跟班学习医院和一对一帮扶专家。

2.请双面打印，签字并盖医院公章后，于2023年7月17日前将扫描件和word版本发至邮箱NYSY2017@163.com，邮件主题注明“2023年广东省医共体总药师高级研修班报名表+姓名+单位”。

3.请附总药师聘书扫描件和总药师结业证书复印件或扫描件。