附件2：

**外科药师营养专项培训班学员申请表**

填表日期： 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.临床药师 B.门诊药房 C.住院药房 D.静脉配置 E.药库 F.审方药师 G.其他 |
| 学历、学校、专业 |   |
| 工作简历（起至年月） |  |
| 从事临床药学工作实践情况 |  |
| 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 |