附件1：

**医院信息药师高级研修班学员申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 专业职称 |  | 彩照 |
| 身份证 |  | | | 工作年限 | |  | 政治面貌 |  |
| 手机电话 |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 选送单位 |  | | | 单位电话 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 最高学历、学校、专业 | |  | | | | | | | |
| 工作简历（起至年月） | |  | | | | | | | |
| 从事药学信息化的  工作实践情况 | |  | | | | | | | |
| 已发表的论文、著作及科研情况 | |  | | | | | | | |
| 个人荣获奖励 | |  | | | | | | | |
| 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）：  年 月 日 | | | | |

请填写后打印并盖章。一式两份，报到时提交一份原件。