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。