

广东省妇幼保健院
中华医学会儿科临床药师学员培训申请表

申请人姓名 _____

申请单位 _____

学科、专业 _____

填表时间 _____

姓名		性别		民族			
出生年月				身份证号			
技术职称				行政职务			
单位通讯地址					邮编		
最后学历	毕业时间		毕业院校		专业	学位	
联系电话							
电子信箱							
现从事专业				培训专业			
掌握何种外语				熟练程度			
工作简历	起止年月			单			位
主要论文/ 科研情况							

本人专业水平	
从事临床药学 工作经历	
具体专业方向 及本人拟进修 何种专业	
选送单位意见	同意 (盖章) 年 月 日
上级行政部门 审核意见	同意 (盖章) 年 月 日
接收部门意见	(盖章) 年 月 日

