**卫健委临床药师培训基地招生学员登记表**

**基地名称：山西省肿瘤医院 招生日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 电子照片 |
| 选送医院 |  | 申报专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机电话 |  |
| 毕业学校 |  |
| 主要学历（起至年月） |  |
| 工作简历（起至年月） |  |
| 从事全职临床药师工作实践情况 |  |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) |  |
| 选送医院意见： 公 章年 月 日 | 接收培训基地意见：公 章年 月 日 |

附件2

2022年紧缺人才和县级骨干专科医师培训学员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 学历 |  | 专业 |  |
| 现从事专业 |  | 毕业院校 |  |
| 职 称 |  | 身份证号 |  |
| 从事本专业时间 |  | 联系电话 |  |
| 医师资格类型 |  | 医师资格证号 |  |
| 培训专业 |  | 培训基地 |  |
| 工作单位 |  |
| 主要培训经历 | 起 止 年 月 | 培训项目 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 派出单位意见 |  盖章 年 月 日 | 市卫生健康委意见 | 盖章 年 月 日 |