**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 | | | |