**中山大学肿瘤防治中心**

**临床药师培训基地招生学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 | 省 市 区  医院 | | | 申报专业 | 抗肿瘤药物专业 | | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | |
| 第一学历、毕业时间（年月）、毕业学校 | |  | | | | | | |
| 主要学历  （起止年月，毕业学校，所学专业，学位） | |  | | | | | | |
| 工作简历  （起止年月，工作单位，部门，岗位） | |  | | | | | | |
| 从事全职临床药师工作实践情况（限200字） | |  | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(论文名称、作者、期刊名称、期刊号、卷名、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 | | | |