

中华医学会临床药师培训中心招生学员登记表

培训中心名称：中山大学附属第五医院 填表日期： 年 月 日

姓 名		性 别		出 生 年 月		职 称		贴照片处
选送医院				申 报 专业				
通讯地址					邮 编			
电子邮箱				手 机 电 话				
第一学历、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)								
选送单位意见：					培训中心意见：			
公 章					公 章			
年 月 日					年 月 日			