**附件2**

**卫健委临床药师培训学员登记表**

**（宁夏回族自治区人民医院）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  日期 |  | 学历 |  |  |
| 工作  单位 |  | | | Email：  电 话： | | | |
| 通讯  地址 |  | | | 邮 编 | |  | |
| 个人简历  （含专业  工作经历、接受培训情况等） |  | | | | | | | |
| 从事临床药师工作情况 |  | | | | | | | |
| 论文、著作、科研情况 |  | | | | | | | |
| 单位  意见 | 年 月 日 | | | | | | | |