中华中医药学会

中国中医科学院西苑医院中药临床药师培训基地

学员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  |  小2寸彩照 |
| 工作单位 |  | 申报专业 | □通科 □专科 如不接受调剂请注明： |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机电话 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 主要学习经历（起至年月） |  |
| 工作简历（起至年月） | *包括从事中药相关岗位起止年限和临床药学相关工作的起止年限。* |
| 从事中药临床药学相关工作情况 |  |
| 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 |