**中南大学湘雅三医院中华医学会临床药师培训基地**

**学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （附照片） |
| 第一学历 |  | 最高学位 |  | 职称/职务 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | QQ号 |  |
| 申请培训专业 | □ICU□心血管□抗凝□儿科 |
| 个人本科及以上学历情况（注明毕业学校、专业、时间）:  |
| 近5年主要工作经历及受培训情况（注明起止日期，是否从事过临床药师工作）: |
| 单位意见：年月日 |

此表填好后请直接发送至以下联系邮箱。

中南大学湘雅三医院“中华医学会临床药师培训基地”办公室

地址：长沙市岳麓区桐梓坡路138号（邮编410013）

中南大学湘雅三医院外科大楼三楼西头

电话：0731-88618458，邮箱：xy3yjk@126.com