**附件2 河南省药学会医院药师处方审核技能提升培训班**

**（第三期）报名表**

填表日期： 2021年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | 专业职称 |  | 一寸彩照 | |
| 身份证 |  | | | 工作  年限 |  | 政治面貌 |  |
| 手机电话 |  | | | 邮箱 |  | | |
| 选送单位 |  | | | 单位所在城市 | |  | |
| 通讯地址及邮编 |  | | | | | | | | |
| 科室主任及联系方式 | |  | | | | | | | |
| 医院级别 | A.三级医院 B.二级医院 C.其他 | | | | | 本人之前是否参加过培训 | | | 是  否 |
| 现岗位 | A.门诊药房 B.住院药房 C.静脉配置 D. 药库 E. 审方药师 F. 其他 | | | | | | | | |
| 最后学历、学校、专业 | |  | | | | | | | |
| 工作简历（起至年月） | |  | | | | | | | |
| 从事处方审核工作实践情况 | |  | | | | | | | |
| 已发表的论文、著作及科研情况 | |  | | | | | | | |
| 选送单位（医院）意见：  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | 培训班录取意见：  签名（盖章）：河南省药学会  年 月 日 | | | |

**邮 箱：**sryyxb@163.com