**四川大学华西第二医院临床药师培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 健康状况 |  | 贴照片（免冠近照） |
| 学历 |  | 所学专业 |  |
| 职称 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号 |  | 单位地址 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请培训专业： |
| 学习经历 | 起 止 时 间 | 学 校 名 称 | 所学专业 | 学 历 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作简历 | 起 止 时 间 | 单 位 名 称 | 科 别 | 职 级 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人签名： 年 月 日 |
| 选 送 单 位 推 荐 意 见 |  单位负责人签字： （盖公章） 年 月 日 |