附件1

中华医学会临床药学分会临床药师学员培训中心申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | | | |
| 申报专业 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮编 |  | | 传真 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 中心主任姓名 |  | | 职务 |  | |
| 电子邮箱 |  | | 电话 |  | |
| 专职临床药师 | 姓名 | 职称 | 从事专业 | 参加临床药师规范化培训情况 | |
|  |  |  | 否口 | 是口 |
|  |  |  | 否口 | 是口 |
|  |  |  | 否口 | 是口 |
| 情况 |  |  |  | 否口 | 是口 |
|  |  |  | 否口 | 是口 |
|  |  |  | 否口 | 是口 |
|  |  |  | 否口 | 是口 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | 否口 | 是口 |
| 现有师资带教药师情况 | 姓名 | 是否参加过临床 药师师资培训 | | 职称 | 从事专业 | 带教人数（截止2016年秋季结业)） |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
|  | 否□ | 是□ |  |  |  |
| 医院临床药师师资培训建设情况(包括:中心建设、教学建设和师资建设等) |  | | | | | |
| 医院意见 | 医院盖章 年 月 日 | | | | | |

注:

1.凡是回答 “是或否”的,请在其后面□内画 “√”;

2.凡是回答 “是”的,请提供相关证明的扫描件;  
3.凡是填写 “是否参加过临床药师师资培训△ 回答 “是”的,请提供培训 证书扫描件; 4.请提供职称证书扫描件。