附件

药师岗位培训学员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | | 政治面貌 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | 联系手机 |  | |
| 教育背景 | | | | | | |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  |
| 工作情况 | | | | | | |
| 工作单位 | 名称： | | | | | |
| 类型（可多选）：  三级公立医院□紧密型县域医共体牵头医院□  县级公立医院□城市远郊区域医疗中心□  二级公立医院□其他□ | | | | | |
| 区域处方审核中心 有□ 无□ | | | | | |
| 专业技术任职资格 | 药师□ 主管药师□ 副主任药师□ 主任药师□ | | | | | |
| 临床药师培训 | 是否取得证书 是□ 发证单位：  否□ | | | | | |
| 从事药学服务时间 | 药学门诊岗位 是□ 工作年限：  否□ | | | | | |
| 住院药学监护岗位 是□ 工作年限：  否□ | | | | | |
| 处方审核调剂岗位 是□ 工作年限：  否□ | | | | | |
| 单位推荐培训岗位（限选一个） | 药学门诊岗位 □  住院药学监护岗位 □  处方审核调剂岗位 □  负责人签字：  单位：（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 省级卫生健康行政部门审核意见：  负责人签字：  单位：（盖章）  年 月 日 | | | | | | |