**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：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |