附件

山东大学齐鲁医院2024年度

临床药师师资培训中心招生简章

根据中华医学会临床药学分会临床药师师资培训招生要求及我院具体工作安排，2024年度计划招生临床药师师资培训学员10人。

**一、招生对象条件**

临床药师师资培训学员须满足下列条件：

1.高等医药院校临床药学专业或药学专业全日制本科以上毕业，且具有西药专业中级及以上专业技术职称任职资格；

2.已完成国家临床药师培训基地一年期临床药师专科培训，并取得相应的培训证书。

**二、招生要求**

1.年龄在45岁以下，身体健康，自愿从事并热爱临床药学工作，能坚持正常的带教和临床实践工作；

2.学习态度端正，心理素质好，有较强的吃苦耐劳和团队协作精神；

3.单位推荐与自愿报名相结合。

**三、招生流程**

（一）招生报名

1.报名时间：自通知发布日起至2024年7月31日，逾期不再受理。

2.报名方式及所需材料：下载并填写《山东大学齐鲁医院临床药师师资培训中心学员报名表》（附表），与身份证、第一学历/最高学历毕业证及学位证、专业技术职务任职资格证书和临床药师专科培训证书、医院等级证明的扫描件，一并发送至邮箱qlyyyxbjx@163.com，录取学员报到时需携带加盖学员单位公章的《山东大学齐鲁医院临床药师师资培训中心学员报名表》一式两份、单位临床药学专家推荐信一份，以及身份证、第一学历与最高学历毕业证及学位证、专业技术职务任职资格证书、临床药师专科培训证书、医院等级证明的原件和复印件各一份。

（二）招生录取

临床药师师资培训学员招生8月上旬确定录取学员名单，以邮件或电话方式通知本人并发放录取通知书。

**四、培养模式及时间安排**

培训时间为一个月，拟在2024年8月底进行培训，实行全脱产培训学习，采用理论培训与实践培训相结合的培训方式。培训结束后进行考核，考核合格颁发临床药师师资培训证书。

**五、其他事项**

（一）培训收费

根据国家临床药师培训有关规定，录取培训学员须缴纳培训费，报到时一次性付清，收费标准及相关要求详见录取通知书。

（二）联系方式

联系人：刘敏 联系电话：18560088253

附表

**山东大学齐鲁医院临床药师师资培训中心学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | | 2寸照片  （加盖医院公章） |
| 第一学历/  最高学历 |  | | | 职称/职务 |  | |
| 工作单位 |  | | | 岗位科室 |  | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 联系电话 |  | |
| 主要学习经历（注明入学与毕业日期、毕业学校、专业、获得学位）： | | | | | | | |
| 主要工作经历（注明起止日期）： | | | | | | | |
| 从事全职  临床药师  工作实践  情况 |  | | | | | | |
| 参加临床药师专科培训情况 | 是 □    否 □  培训证号：  （需附培训证书扫描件） | | | 培训基地名称 | |  | |
| 培训起止时间：  年 月— 年 月 | | | 培训专业 | |  | |
| 主要论文/  科研情况 |  | | | | | | |
| 选送单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| **我承诺以上填写内容真实，如有弄虚作假，自愿承担后果。**  本人签名： | | | | | | | |