附件 2.

药师岗位培训学员推荐表

<table>
<tr><td colspan="7">基本信息</td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td><td rowspan="5">照片</td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2"></td><td>政治面貌</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>电子邮箱</td><td colspan="2"></td><td>联系手机</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">教育背景</td></tr>
<tr><td>学历</td><td></td><td>学位</td><td></td><td>专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>毕业院校</td><td colspan="3"></td><td>毕业时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">工作情况</td></tr>
<tr><td rowspan="3">工作单位</td><td colspan="6">名称：</td></tr>
<tr><td colspan="6">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□
其他□ _____</td></tr>
<tr><td colspan="6">区域处方审核中心　　有□　　无□</td></tr>
<tr><td>专业技术任职资格</td><td colspan="6">药师□　主管药师□　副主任药师□　主任药师□</td></tr>
<tr><td>临床药师培训</td><td colspan="6">是否取得证书　是□　　发证单位：_____
否□</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">从事药学
服务时间</td><td>药学门诊岗位　　是□　　工作年限：_____
否□</td></tr>
<tr><td>住院药学监护岗位　　是□　　工作年限：_____
否□</td></tr>
<tr><td>处方审核调剂岗位　　是□　　工作年限：_____
否□</td></tr>
<tr><td>单位推荐培训岗位（限选一个）</td><td>1. 药学门诊岗位　　□
专业：老年慢病□　儿科□　咳喘□　妊娠哺乳□
肿瘤□　　抗凝□　　其他□　_____
2. 住院药学监护岗位　□
专业：重症监护□　感染□　器官移植□
肿瘤□　　其他□　_____
3. 处方审核调剂岗位　□
负责人签字：
单位：（盖章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td></tr>
</table>