附件2

**云南省临床药师细菌真菌感染诊治理论培训班报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  　　年 　月 | 照片（加盖医院公章） |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 民 族 |  | 专业技术职称 |  | 职务 |  |
| 电子邮箱 |  | 何种外语及水平 |  |
| 工作单位 |   |
| 学历／学位 |  | 毕业院校/时间/专业 |  |
| 联系电话 |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 单位 | 工作部门 | 从事何种工作 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 从事临床药学工作简况 | （重点介绍在感染性疾病诊治方面的实践） |
| 选送医院意见：盖 章 年 月 日 |
| 项目组审核意见：盖 章  年 月 日 |

**注：本表须用签字笔或蓝黑墨水钢笔填写，并在贴好的照片下部加盖医院公章方有效。**