**附件:**

### 2020年上海市社区临床药师在职规范化培训报名表

**单位：** （**盖章**，**请填全称**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **部门/职务** | **职称** | **学历** | **身份证号** | **手机号码** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 我单位承诺将保证该报名学员全脱产参加理论培训及临床实践的要求！药剂科主任签字：  |

**注：请如实完整填写报名表，药剂科主任签字盖章后传真54032880或者以jpg/pdf格式邮件至sh.yyxh@163.com（邮件主题：社区临床药师+单位+姓名），请同时扫描通知二维码填报报名信息。**

**报名截止时间为2020年8月1日（周六）12:00，额满截止（以收到传真、邮件及扫码填报成功为准）。**