# 2021年医院特殊药品的管理及合理应用暨疼痛临床药师规范化培训报名回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位（全称） |  | | | |
| 部门/职务 |  | | | |
| 姓名 |  | 年龄 | | 性别 |
| 职称 |  | 身份证号码 | |  |
| 手机 |  | 邮箱 | | |
| 培训证书 | □需要 | | □不需要 | |
| 学分 | □需要国家级 I 类学分 | | □需要 II 类学分 | |