附件 **2**：

2024 年上海市社区临床药师在职规范化培训报名表

单位： 报名类型： 社区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 部门 | 职务 | 职称 | 学历 | 专业 | 身份证号 | 手机号码 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本单位承诺将保证该报名学员按要求参加培训！  负责人签字： | | | | | | | | |

注： 扫码填写报名信息， 如实完整填写报名表， 由部门**/**科主任签字后，以附件方式上传(附件格式： 社区临床药师**+**单位**+**姓名) 。

通知及报名表的电子版可至医院协会网站 **www.shyyxh.cn**“培训报名”、“继续教育”栏目下载。

报名截止时间为 **2024**年**7**月**26**日(周五)。

