**2024年医院特殊药品的管理及合理应用暨全程化药学监护创新体系建设培训报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位（全称） |  | | | | | |
| 部门/职务 |  | | | | | |
| 姓名 |  | 学历 | | |  | |
| 职称 |  | 身份证号码 | | |  | |
| 手机 |  | 邮箱 | | | | |
| 培训证书 | □需要 | | | □不需要 | | |
| 学分 | □需要市级 I 类学分 | | □需要 II 类学分 | | | □不需要学分 |

转账学员请务必将以下报名回执发送至sh.yyxh@shyyxh.org.cn ，若已完成扫码报名及缴费，则无需发送邮件

