**第一届广东最美医院药师候选人资料登记表**

代表地区： 市

参加级别： □初、中级组 □高级组

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | 专 业 |  |
| 联系方式 |  | 职称 |  | 工作岗位 |  |
| 电子邮箱 |  | 任职年限 |  |
| 医院全称 |  | 医院性质 |  |
| 地址邮编 |  | 医院级别 |  |
| 简历 |  |
| 主要工作业绩简述 | （可扩充、附页或材料） |
| 推荐机构意见 | 推荐机构（盖章） |
| 推荐机构经办人 |  | 联系电话 |  |

此表请于2015年9月10日前寄至广州市东风东路753-2号（邮编：510080）广东省药学会，或扫描原件发至gdsyxh45@126.com。联系人凌倩波，020-37886329