附件1：

**医疗机构青年药师科研能力培育项目学员申请表**

填表日期： 2020年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 专业职称 |  | 彩照 | |
| 身份证 |  | | | 工作年限 |  | | 政治面貌 |  |
| 手机电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | | |
| 选送单位 |  | | | 单位电话 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮政编码 |  | | |
| 当前研究方向 | |  | | | | | 意向报名导师 | | |  |
| 当前有无初步课题与  方向（如有请列明） | |  | | | | | | | | |
| 最后学历、学校、专业 | |  | | | | | | | | |
| 工作简历（起至年月） | |  | | | | | | | | |
| 已发表的论文、著作及科研情况 | |  | | | | | | | | |
| 选送单位意见：  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | 培训班录取意见：  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |