附件2：

**“2020年广东省县级医院药学学科带头人培育班”**

**报名表**

填表日期： 2020年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 彩照 |
| 身份证  号码 |  | | | 工作年限 |  | 行政职务 |  |
| 职 称 |  | | | 取得现有职称时间 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  | | |
| 选送单位 |  | | | | 单位电话 |  | | |
| 所在医院等级 | | | | |  | | | |
| 是否为联盟单位 | | | | | 是🞎 否🞎 | | | |
| 是否为秘书长、副秘书长单位 | | | | | 是🞎 否🞎 | | | |
| 教育背景 | |  | | | | | | |
| 工作经历 | |  | | | | | | |
| 个人业绩 | |  | | | | | | |
| 近5年发表的论文、著作及科研情况 | |  | | | | | | |
| 个人荣获奖励 | |  | | | | | | |
| 选送单位（医院）意见：  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 培育班录取意见：    签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |