**四川省妇幼保健院**

**2020年度药师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 有何特长 |  | 体 重 |  | 身 高 |  |
| 英语水平 |  | 最高学历 |  | 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 药师资格证 | 有□ 无□ | 执照编号 |  | 取得时间 |  |
| 身份证号 |  | 培训身份 | □ 单位人 □ 社会人 |
| 籍贯 省 市[县] 区 |
| 家庭住址 家庭电话 邮编 |
| 是否转移党员组织关系 | □有 □无 |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 紧急联系人手机 |  |
| E-mail |  | 其它方式 |  |
| 参加药师规范化培训最大的愿望与顾虑 |  |
| 履历（包括高中以上学历及工作/培训经历） |
| 年 月—年 月 | 何 单 位 | 任 何 职 | 离 开 方 式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备 注 | 报考学员本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！ 报考学员签名： 日 期： |