**四川省妇幼保健院**

**2024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： | | | | | | | |