附表：

**绵阳市中药煎药人员培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 年龄 | |  | 民族 |  |  | |
| 籍贯 | | 省 市(县) | | | | | | | 政治  面貌 |  | |
| 文化程度 | |  | | | 健康  状况 |  | 职称  职务 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 电话 |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | | |
| 单位所在地 | | | 省 市(县) | | | | | 邮编 |  | | | | |
| 培训内容 | | |  | | | | | 培训  时间 | 年 月 日至 年 月 日（ 3天） | | | | |
| 主  要  学  历 | 起止时间 | | | | | 学校名称 | | | | | | | 备注 |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
| 主  要  工  作  经  历 | 起止时间 | | | | | 工作单位名称 | | | | | | | 职称 |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
| 选  送  单  位  意  见 | 负责人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基  地  意  见 | 药学部  意见 | | | 科主任： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医院  意见 | | | 分管负责人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | |

填表说明：双面打印，各栏都必须认真填写。