**社会药房执业药师药物治疗管理能力提升项目报名表**

|  |
| --- |
| **个人基本信息** |
| **姓名** |  | **出生年月** |  |
| **性别** |  | **联系方式** |  |
| **药房/公司名称** |  |
| **药房/公司地址** |  |
| **请完成以下信息**1. **是否热爱自己的工作，具有上进心： 是□ 否□**
2. **是否具有良好沟通能力： 是□ 否□**
3. **最高学历/专业/毕业学校：**
4. **获取执业药师资格证时间： 年 月 日**
5. **迄今为止从事药学服务： 年**
 |
| **承诺书** |
|  **本人为 药房/公司的店主/法定代表人，在此确认 （执业药师姓名） 为注册在本人药房（连锁药房）从事药学服务的药师，承诺本公司/药房有意愿今后开展药物治疗管理服务，并同意和积极配合他/她参加中国药科大学组织开展的社会药房执业药师药物治疗管理能力提升项目的培训工作。** **签字和盖章：** **年 月 日** |

**另附执业药师资格证和注册凭证的扫描文件（PDF，JPG格式）**