**2025年临床药师细菌真菌感染诊治理论培训项目（培英计划）交流活动-理论班**

**申请书**

**申请人：**

**所属医院及科室：**

**申请人职称：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

1. **申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申 请 人** |  | **所属医院** |  |
| **所属科室** |  | **职 称** |  |
| **职 务** |  | **联系方式** |  |
| **邮 箱** |  | | |
| **是否为细菌真菌感染领域相关临床药师** | |  | |
| **您是否满足以下哪一项遴选条件，并请提供对应证明材料**   1. 抗感染专业临床药师，以及部分重点科室专业临床药师（儿科、呼吸科、重症监护、肿瘤科和血液科） 2. 带教临床药师和中青年临床药师 | | □  □ | |
| **请选择参加的期数**  第一期：3月26日-30日,海口  第二期：4月15日-19日,兰州  第三期：9月10日-14日,宁波  第四期：10月29日-11月2日,待定 | | □  □  □  □ | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与2025年临床药师细菌真菌感染诊治理论培训项目（培英计划）交流活动，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流。若本人满足该项目的遴选标准并成功参与该项目，同意机构收集本人身份信息用作会议注册、行程预定、结算及核查等事宜。本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**