“寻找身边最美药师”活动最美药师申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 一  寸  照  片 |
| 身份证号 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  |
| 职务/职称 |  | 学历/学位 |  |
| 专 业 |  | 毕业院校 |  | |
| 从事药学  工作年限 |  | 执业单位 |  | |
| 联系电话 |  | 邮 箱 |  | |
| 执业药师  资格证号 |  | 执业药师  注册证号 |  | |
| 单位类别 | □药品生产企业 □药品批发企业 □药品零售企业 □医疗机构 | | | |
| 单位地址  邮编 |  | | | |
| 个人事迹（不少于2500字，可另附页） | 内容包括现任岗位职务，药学学习、工作的起始时间、经历及优秀事迹摘要，字数为300-500字。  另附页报送2500字左右的详细事迹介绍。 | | | |
| 近五年  获得表彰  奖励情况  （附相关  扫描件） |  | | | |
| 个人承诺 | **本人自愿报名参加本次“最美药师”评选活动，并保证一切申报材料属实。**    签名：  年　　月　　日 | | | |
| 所在单位  意见 | （盖章）  　　 年　　月　　日 | | | |
| 盟市市场监管部门审核意见 | （盖章）  　　 年　　月　　日 | | | |