**中国药师能力提升项目第二期**

**申请书**

**申请人：**

**申报日期：**

**申请会议：** 中国药学会第二十三届中国药师周

此表由北京康盟慈善基金会编制，解释权归北京康盟慈善基金会。

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **医院** |  |
| **所属科室** |  | **职称** |  |
| **职务** |  | **联系电话** |  |
| **邮箱** |  | | |
| **是否为药学领域研究或工作方向** | |  | |
| **是否积极追求中国药学相关领域的新知识、新方案** | |  | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与中国药师能力提升项目第二期，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。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**