**附件1：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **招生单位** | **招生联络老师及电话** | **招生专业** | **招生人数** |
| 武汉协和医院 | 胡琪、周轶 027-85726866 | 抗感染专业 | 3 |
| 呼吸内科专业 | 3 |
| 肠外肠内营养专业 | 6 |
| 心血管专业 | 3 |
| 内分泌代谢专业 | 3 |
| 疼痛专业 | 3 |
| 武汉同济医院 | 曾 露 027-83663234 | 抗凝专业 | 3 |
| 消化内科专业 | 3 |
| 器官移植专业 | 2 |
| 妇产专业 | 2 |
| 武汉大学人民医院 | 郭咸希 027-88041911-88381 | 抗感染专业 | 4 |
| ICU专业 | 4 |
| 器官移植专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 武汉大学中南医院 | 杨 坤 027-67812902 | 抗感染专业 | 3 |
| 湖北省肿瘤医院 | 李 娟 027-87670042 | 肿瘤专业 | 4 |
| 武汉市第四医院 | 宋红萍 027-68834907 | 心血管专业 | 2 |
| 疼痛专业 | 2 |
| 武汉市中心医院 | 姜 茜 027-65699891 | 抗感染专业 | 2 |
| 心血管专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 1 |
| 荆州市中心医院 | 熊建群 0716-8491935 | 抗感染专业 | 2 |
| 内分泌代谢专业 | 2 |
| 神经内科专业 | 2 |
| 荆州市第一人民医院 | 王 仙 0716-8112790 | 内分泌代谢专业 | 1 |
| ICU专业 | 1 |
| 神经内科专业 | 1 |
| 十堰市太和医院 | 梁 俊 0719-8801157 | 抗感染专业 | 2 |
| 肾病专业 | 2 |
| 十堰市人民医院 | 王 佳 0719-8637253 | 消化内科专业 | 1 |
| 咸宁市中心医院 | 徐金军 0715-8896151 | 心血管专业 | 1 |
| 抗感染专业 | 2 |
| 儿科专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 宜昌市第一人民医院 | 王耀华 0717-6221372 | 呼吸内科专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 心血管专业 | 2 |
| 宜昌市中心人民医院 | 张小鹏 0717-6486827 | 心血管专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 襄阳市第一人民医院 | 周龙洋 0710-3420315 | 呼吸内科专业 | 2 |
| 中国人民解放军中部战区总医院 | 宋智瑞027-50772992 | 器官移植专业 | 2 |
| 呼吸内科专业 | 2 |
| 抗感染专业 | 2 |
| 消化内科专业 | 2 |
| 湖北省第三人民医院 | 夏 飞027-83745710 | 内分泌代谢专业 | 2 |
| 肿瘤专业 | 2 |
| 抗感染专业 | 2 |
| 孝感市中心医院 | 闻 超0712-2837890 | 抗感染专业 | 2 |
| 心血管专业 | 2 |
| 湖北省中西医结合医院 | 杨颖达027-85615802 | 肾病专业 | 2 |
| 武汉市精神卫生中心 | 付永莉027-82281670 | 精神专业 | 4 |
| 随州市中心医院 | 乾 越0722-3252262 | 抗感染专业 | 2 |
| 内分泌代谢专业 | 1 |

**附件2：**

**中华医学会临床药学分会**

**临床药师规范化培训学员培训中心（湖北地区）学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | | | 拟报医院 | |  | | |
| 拟报专业 |  | | | 考试科目 | | 综合技能+ | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 第一学历、毕业学校 | |  | | | | | | | |
| 主要学历  （起至年月） | |  | | | | | | | |
| 工作简历  （起至年月） | |  | | | | | | | |
| 从事全职临床药师工作实践情况 | |  | | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | |  | | | | | | | |
| 选送医院意见：  公 章  年 月 日 | | | | | 学员培训中心意见：  公 章  年 月 日 | | | | |

备注：本表一式二份，省临床药师规范化培训管理办公室及临床药师学员培训中心各留档一份。