

威海市立医院2022年秋季临床药师培训招生简章

威海市立医院于2017年被批准为临床药师培训基地，目前基地有4个培训专业，已经形成规范化临床药师工作体制，配备了专科临床药师参与疾病诊断治疗和用药方案制订、评价，提高了临床用药的安全性。我院临床药师培训基地现面向全国招生。具体报名事项如下：

一、招生专业及人数

心血管专业3人、全科专业3人、抗感染专业2人，其中招国家卫健委科教司紧缺人才1人（学员需来自山东省）；通科专业（慢阻肺）3人

二、招生对象及报名条件：

1.具有良好的职业道德和业务素质，热爱临床药师工作，身心健康，能坚持脱产学习和临床实践工作。

2.高等院校全日制或脱产本科（专科），不含中药专业。具体要求如下：

2.1中国医院协会

城市三级医疗机构药师（高等医药院校药学院系）				
第一学历	第二学历	药学部门从事 药剂工作时间 (连续)	职称	专业
临床药学（全日制本科）		1年	药师	通科/专科
药学、药理、药物制剂、药物 分析、药物化学（全日制本科）	临床药学（全日制硕士或博士）	1年	药师	通科/专科
	药学、药理、药物制剂、药物分析、药物化 学、临床药学（全日制硕士或博士）	2年	药师	通科/专科
其他专业（全日制本科）		5年	主管药师	通科
	药学、药理、药物制剂、药物分析、药物化 学、临床药学（脱产本科）	5年	主管药师	通科
药学、药物制剂、药物分析、 药物化学（全日制专科）	药学、药理、药物制剂、药物分析、药物化 学、临床药学（全日制硕士或博士）	5年	主管药师	通科
二级及二级以下医疗机构药师（高等院校）				
第一学历（全日制专科）		药学部门从事 药剂工作时间 (连续)	职称	专业
临床药学、药学、药理、药物 制剂、药物分析、药物化学		2年	药师	通科
临床药学、药学、药理、药物 制剂、药物分析、药物化学		5年	主管药师	通科
二级及二级以下医疗机构药师符合专科培训学员条件的可参加专科培训				

2.2 紧缺人才（省内学员）

医疗机构	学历	药学部门从事药剂工作时间(连续)	职称	培训专业
县级及以上医疗卫生机构	临床药学（全日制本科及以上）	1年	药师及以上	专科
	药学、药理、药物制剂、药物分析、药物化学、 （全日制本科及以上）	2年	药师及以上	专科
	非上述药学专业（全日制本科及以上）	5年	主管药师及以上	全科
脱贫地区或二级及二级以下医疗卫生机构	临床药学、药学、药理、药物制剂、药物分析、 药物化学（全日制本科及以上）	2年	药师及以上	专科
	药学、药理、药物制剂、药物分析、药物化学 （全日制专科及以上）	2年	药师及以上	全科
	非上述药学专业（全日制专科及以上）	5年	主管药师及以上	全科

三、培训时间及方式

通科培训六个月，专科（紧缺人才）培训一年，实行全脱产培训学习。采取实地培训和线上学习相结合的方式。

四、培训考核

培训考核包括过程考核和结业考核。专科及通科学员按要求完成培训内容、考试成绩合格，由中国医院协会和本培训基地联合颁发国家卫健委《临床药师岗位培训证书》；专科（紧缺人才）学员由省卫健委负责结业考核，培训基地负责过程考核，考核合格的培训对象，由省级卫生健康行政部门颁发统一制式的“临床药师培训合格证书”，培训合格证书全国有效，省域间互认。

五、培训费用

1. 通科 4000元/半年、专科 6000元/年。
2. 紧缺项目学员（1名）可减免全部学费并给予一定的生活补助。

六、报名时间和报名方式

1. 报名时间：即日起~2022年9月30日

2. 报名方式：下载并填写附件1《临床药师培训学员登记表》，经单位领导同意盖章后，将拍照/扫描的登记表、毕业证、学位证、身份证、专业技术资格证、工作年限证明的扫描件发至邮箱kathleen1222@126.com。基地对报名者进行筛选、资格审核，择优录取。

3. 报名材料

- (1)身份证、第一学历学位证书、专业技术资格证书复印件；
- (2)加盖公章的《临床药师培训基地招生学员登记表》(附件2)；
- (3)两张1寸照片。

4. 联系人：吴晓平

地址：威海市环翠区和平路70号威海市立医院5号楼临床药学室

邮编：264200

联系电话：0631-5287569, 15163138630

附件1

临床药师培训基地招生学员登记表

基地名称：威海市立医院

招生日期：年 月 日

姓名		性别		出生年月		职称		
选送医院				申报专业				
通讯地址					邮编			
电子邮箱				手机电话				
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：					接收培训基地意见：			
公 章					公 章			
年 月 日					年 月 日			

附件2

卫生部临床药师培训基地学员申请表

申请人姓名 _____

原工作单位 _____

申请单位 _____

学科、专业 _____

填表时间 _____

卫生部临床药师培训基地学员申请表

姓名		性别		民族	
出生年月				身份证号	
技术职称				行政职务	
单位通讯地址				邮编	
最后学历	毕业时间	毕业院校		专业	学位
联系电话					
电子信箱					
现从事专业				培训专业	
掌握何种外语				熟练程度	
工作简历	起止年月		单 位		
主要论文/ 科研情况					

本人专业水平	
从事临床药学 工作经历	
具体专业方向 及本人拟进修 何种专业	
选送单位意见	(盖章) 年 月 日
审核意见上级 行政部门	(盖章) 年 月 日
意见接收部门	(盖章) 年 月 日