附件5

全区中药调剂职业技能竞赛

参赛选手资格审查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 工作单位 |  |
| 从事中药药学服务年限（年） |  |
| 是否发生过医疗事故 |  | 是否有违法违纪情况 |  |
| 个人承诺： 本人承诺，以上情况属实。如情况虚假，自愿承担相应的责任。 签名： 年 月 日 |
| 用人单位审查意见： 医疗机构名称（盖章） 年 月 日 |
| 市级行政主管部门意见： 单位（盖章） 年 月 日 |

备注：请于12月1日前报送至指定邮箱（w3131098@126.com）。