

# 广东省药学会

## 2021年全国医院信息药师培训班 学员录取及注册缴费通知

学员：

恭喜您通过入学考核，被广东省药学会正式录取为“2021年全国医院信息药师培训班”学员，现将有关事宜通知如下：

一、培训费用：学费 10000 元/人。

二、缴费办法：银行汇款

开户名称：广东省药学会

开户银行：广发银行广州东风东路支行

银行帐号：121105516010000122

注：汇款时请注明“信息药师+姓名”，被录取的学员请于 2021 年 7 月 1-20 日通过银行汇款，提前付款将被退回，无故逾期将视为放弃。

三、培训安排：（暂定以下日期，未来可能根据疫情形势调整）

1、时间：2021 年 8 月 1 日 09:00-12:00 报到；

2021 年 8 月 1 日 14:30 开班仪式；

2021 年 8 月 2 日至 8 月 29 日为期四周脱产学习；

2021 年 8 月 29 日学习结业仪式。

2、地点：顺德保利假日酒店 3 楼会议室（佛山顺德伦教荔祥路）。

四、其他事项：

1、报到时携带盖章的学员申请表原件（详见招生简章），身份证、工作证复印件。

2、培训期间食宿、交通等费用自理，酒店住宿由会务代预订。

3、请严格遵守疫情防控相关规定，准备本人有效的新冠核酸检测报告，并填写附件 2《参会健康申报表》。

4、联系人：詹老师 18818809956，杨老师 020-37886329。

附件：

1. 2021 年全国医院信息药师培训班录取名单

2. 参会健康申请表



附件 1:

## 2021 年全国医院信息药师培训班录取名单

序号	姓名	单位
1	蔡加琴	福建省立医院
2	常德玉	山东省日照市人民医院
3	常伟宇	昆明医科大学第一附属医院
4	方琼彤	中山大学附属第五医院
5	冯鑫	天津市天津医院
6	冯旭辉	江西省妇幼保健院
7	付敏	潍坊市人民医院
8	高菡	陕西省人民医院
9	高令	泰康同济武汉医院
10	龚勋	桂林医学院附属医院
11	郭佳亮	三亚中心医院 (海南省第三人民医院)
12	郭凯欣	深圳市第二人民医院
13	郭晓阳	南方医科大学南方医院
14	郭亚强	河北省武安市第一人民医院
15	黄星俊	惠州市中心人民医院
16	江国才	厦门大学附属中山医院
17	赖永娥	佛山市第三人民医院
18	雷云	武汉大学中南医院
19	黎锦健	广东药科大学附属第一医院
20	李从欣	河北医科大学第三医院
21	李秋雯	广州医科大学附属第二医院
22	李胜通	深圳市龙华区中心医院
23	李鑫	浙江大学附属第一医院
24	李子涵	首都医科大学附属北京世纪坛医院
25	廖昔威	广州中医药大学深圳医院 (福田)
26	刘恺	衡阳市中心医院
27	刘琳琳	中科大附一院 (安徽省立医院)
28	刘蕊	重庆医科大学附属第二医院
29	刘水	应急总医院
30	卢秋蓉	广西贵港市人民医院
31	罗亚杰	云南省第一人民医院药学部
32	吕昂	杭州市第一人民医院
33	吕顺忠	新疆医科大学第一附属医院
34	母立峰	川北医学院附属医院
35	欧瑜瑕	南宁市第一人民医院
36	潘德城	南昌大学第一附属医院

37	潘裕华	广东省人民医院
38	尚飞能	德宏州人民医院
39	沈皓	新疆维吾尔自治区人民医院
40	苏丽群	广西区江滨医院
41	孙亚威	濮阳市油田总医院
42	谭璐	南方医科大学第三附属医院
43	唐修伟	深圳市人民医院
44	汪明	广州医科大学附属市八医院
45	王丰	西安交通大学第一附属医院
46	王涵磊	安徽省胸科医院
47	王康	兴义市人民医院
48	王永龙	南昌大学第二附属医院
49	吴柳清	深圳市龙岗中心医院
50	吴文信	中国科学技术大学附属第一医院（安徽省立医院南区）
51	吴跃章	南京市第一医院
52	谢娟	西安市中心医院
53	谢志波	中山市小榄人民医院
54	熊成欢	贵州中医药大学第二附属医院
55	熊佳	江西中医药大学附属医院
56	徐超	阜阳市人民医院
57	徐阳	华中科技大学同济医学院附属同济医院
58	闫晓林	山东省千佛山医院
59	杨四涛	大理州人民医院
60	杨燕	空军军医大学唐都医院
61	姚雪峰	首都医科大学附属北京安贞医院
62	殷剑锋	东莞市第八人民医院
63	殷衍磊	青岛大学附属医院
64	应梦佳	深圳市龙华区人民医院
65	袁文	陆军军医大学第二附属医院
66	张琪	联勤保障部队第 923 医院
67	赵成龙	河南省人民医院
68	赵婷	新疆维吾尔自治区人民医院
69	郑鉴凌	华中科技大学同济医学院附属同济医院
70	郑智源	福建医科大学附属协和医院
71	周慧灵	上海市东方医院
72	周丽	昆明市延安医院
73	周易	山东省立医院

附件 2:

### 参会健康申报表

会议名称: 2021 年全国医院信息药师培训班 (广东顺德)

选派单位:

参会姓名:

身份证号:

联系电话:

交通行程:

交通方式	出发地	到达地	出发时间	到达时间	航班/列车/车牌号	是否中转

健康状况: 正常、发热、咳嗽、腹泻、咽痛、妊娠、

其他\_\_\_\_\_

签名:

日期:

我承诺以上资料真实准确。