执业药师变更注册申请表

执业地区： 省（自治区、直辖市） 申请号：3707xxxxxxx

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 王xx | 性 别 | 男 | 民 族 | 汉族 | | 近6个月  2寸免冠  证件照片 |
| 学历/学位 | 本科 | 专 业 | 药学 | 职 称 | 初级 | |
| 身份证号码 | | 370xxxxxxxxxxxxxxx | | | | |
| 资格证书号 | | ZY00xxxxxx | | 考试年份 | 2011 | |
| 毕业学校 | | xxxx | | 参加工作时间 | | | 2009 |
| 执业范围 | □药品生产  ☑药品经营  □药品使用 | | | 执业类别 | □药学  ☑中药学  □药学与中药学 | | |
| 执业单位名称 | | 滨州xxxxx | | 执业单位  合法开业证明号码 | | 鲁AAxxxxxxx | |
| 通讯地址 | | 滨州市xx滨城区 | | 联系电话 | | 186xxxxxxxx | |
| 上次注册时间 | | 20190203 | | 上次注册类型 | | 变更注册 | |
| 变更事由 | ☑变更执业地区：由 变更为  □变更执业类别：由 变更为  □变更执业范围：由 变更为  □变更执业单位：由 变更为 | | | | | | |
| 继续教育  完成情况 |  | | | | | | |
| 执业单位  意见 | 该申请人健康状况符合岗位要求，同意注册申请。  负责人： （公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 药品监督管理部门审查意见 | 负责人： （公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 承诺 | 我承诺本人身体健康，本次提交申请的相关资料真实有效，无违法违规行为，本人严格遵照执行《执业药师注册管理办法》，只在申请注册单位按照注册的执业类别、执业范围执业，不兼职，不挂证，若不属实，本人承担一切法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

本表一式两份，药品监督管理部门、注销注册申请人各一份。