执业药师延续注册申请表

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 | 2009 |
| 毕业学校 | | | | xxxx | | 参加工作时间 | | 2005-08-16 | |
| 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 | | | 滨州市xxxxxxx | | | 执业单位  合法开业证明号码 | | | 鲁AAxxxxxxx |
| 通讯地址 | | | 滨州市xxxxxxx | | | 联系电话 | | | 186xxxxxxxx |
| 上次注册时间 | | | 2018-10-15 | | | 上次注册类型 | | | 变更注册 |
| 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。