附件 1

# 教育部 1+X 药品购销职业技能等级证书

# 考核站点申请表

申请院校： （ 盖章 ）

申请院校负责人： （ 签字 ）

申请日期： 年 月 日

上海医药（集团）有限公司制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 负责人 |  | | |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 考点管理人员  配备情况 |  | | |
| 考点管理  制度目录 |  | | |
| 技能考核场地面积  （平方米） |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设施设备配备情况 | 序号 | 设备设施名称 | 型号 | 数量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请院校声明  本申请院校郑重声明：本申请表所填内容及所提交的全部资料均正确无误、真实有效。如有虚假愿承担相应的法律责任。  院校负责人签字： 院校（盖章）：  年 月 日 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家小组  评估意见 | | 专家签名：  年 月 日  专家签名：  年 月 日 | | | |
| 上海医药（集团）有限公司意见 | | 经办人意见 | 签字： 年 月 日  签 字： 年 月 日 | | |
| 负责人  审核  意见 | 签字： 年 月 日  签 字： 年 月 日 | | |
| 考点代码 |  | | | 有效期限 |  |
| 备注 |  | | | | |

说明：1.本表采用 A4 纸打印或钢笔毛笔填写，一式二份。申请院校、上海医药（集团）

有限公司各一份。

2.“申请院校声明”一栏，由申请院校填写，由院校负责人签字并加盖公章。

3.如填写内容较多，可另加 A4 纸附页。