**附件1：**

1+X证书制度试点工作药品购销员

培训师资及考评员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 电子  照片 |
| 民族 |  | 学历 |  | 专业 | |  |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 | |  |
| 单位及部门 |  | | | | | |
| 职务职称 |  | | | | | |
| 联系方式 | 手机 QQ Email | | | | | | |
| 申报级别 | □初级 □中级 □高级 | | | | | | |
| 通讯地址 | 省 市 区 街道 | | | | | | |
| 发票信息 |  | | | | | | |
| 药品购销相关研究成果 |  | | | | | | |
| 教学与工作  经历 |  | | | | | | |
| 拟担任课程及授课模块 |  | | | | | | |
| 所在单位  意见 | 单位盖章 负责人：  年 月 日 | | | | | | |
| 公司审核  意见 | 部门负责人：  20 年 月 日 | | | | 单位负责人：  年 月 日 | | |
| 备注 | 培训时间 证书编号及颁发时间 | | | | | | |